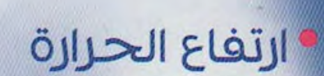


صحة الطفل

Child Health 2

إعداد: د. رشا قباني



- ارتفاع الحرارة
- الرشح والأنفلونزا
- العناية بصحة الاسنان
- الاسهال والامساك
- السكري والسمنة

دار المعرفة
بيروت ـ لبنان

موسوعة

صحة الطفل

ISBN 9953-85-233-2

إخراج فني وتنسيق : سليم المقدم






جسر المطار - شارع البرجاوي - ص.ب: ٧٨٧٦ - هاتف: ٨٣٤٣٠١ - ٨٥٨٨٣٠ - فاكس: ٨٣٥٦١٤ بيروت - لبنان
Airport Bridge, P.O.Box: 7876, Tel: 834301, 858830, Fax: 835614, Beirut-Lebanon
http//:www.marefah.com E.mail: info@marefah.com

صحة الطفل

2

إعداد: د. رشا قباني



- ارتفاع الحرارة
- الرشح والأنفلونزا
- العناية بصحة الاسنان
- الاسهال والامساك
- السكري والسمنة

دار المعرفة
بيروت ـ لبنان

ضربة الحرارة خطر على الأطفال



تنتج ضربة الحرارة عادة من وجود قدر من عدم التوازن بين إنتاج الجسم للطاقة الحرارية وفقدها، في صور مختلفة، وينتج ذلك إما من إنتاج الجسم لكميات كبيرة من الطاقة وتخزينها دون حدوث فقد أو استهلاك لهذه الطاقة، ويحدث ذلك عادة مع ارتفاع درجات الحرارة وقلة فقد الجسم للطاقة عن طريق الإشعاع، أو التوصيل، أو التبخر، أو وجود عوامل طبية تساعد على ذلك، أو قلة إنتاج الجسم للعرق، وفي واقع الأمر، فإن هذه الحالة تقع ضمن مجموعة أخرى من الأمراض ذات الصلة. أما العوامل التي تساعد على إصابة الطفل بالحالة المَرَضِيَّة المُشار إليها فتتمثل فيما يلي:

عوامل بيئية

1 ـ وجـود مناخ حار ورطب يفتقر لوجود الريـاح وتيارات الهواء، عند حدوث موجات من ارتفـاع درجة الحرارة، وإقامة الطفل داخل أماكن مغلقة مرتفعة الحرارة مع عدم اسـتخدام أجهزة تكييف الهواء.

2 ـ صـغر عمـر الطفل، وذلك لأن الأطفال يفقدون الحرارة بشـكل أكبر من الأشـخاص البالغين، كما أن أجسـامهم تفرز كميات أقل من العرق، هذا بالإضـافة إلى تمتع أجسـامهم بمسـاحات أكبر نسـبياً مقارنـة بأوزانهم، بجانب عـدم قدرتهم على تنظيم تعاطي السـوائل بطريقة تتناسب مع ما ينبغي تناوله.

3 ـ الأدوية: مدرات البول، الأسـبرين، مضـادات الهسـتامين، الإيثانـول، إدمان بعض الأدوية مثل: الكوكايين وعقار الهلوسـة في المراهقين، وبعض الأدوية المسـتخدمة في علاج الاضطرابات العصبية.



السلوكيات

النشـاط الزائد، ممارسة الرياضات العنيفة، عدم ارتداء الملابس المناسـبة، حيث إن ارتداء الملابس الثقيلة الداكنة الضيقة بشكل متكرر مـن شـأنه أن يمثـل سـلوكاً خاطئـاً، قد يترتب عليه إصابة الطفل بهذه الحالة المرضية، عدم التأقلم مع الطقس السائد، عدم قدرة الطفل على التكيـف مـع الأجـواء التـي يعيش فيها، قلة تناول الطفل للسـوائل، بقاء الطفل داخل وسـائل المواصـلات وبصـفة خاصة أثناء السفر لمسافات طويلة.




نقاط أساسية

1 ـ عندما ترتفع درجات الحرارة بمعدلات أكبر من درجة حرارة الجسم، فإن الجسم يكتسب الحرارة عن طريق التوصيل والإشعاع، بينما يفقدها عن طريق التبخر.

2 ـ يزداد إنتاج الجسم للطاقة الحرارية بين 10 ـ 20 ضعفاً عند بذل مجهود عضلي عنيف.

3 ـ فقد الجسم للحرارة، حيث إن الجسم يفقد الحرارة إما عن طريق التوصيل، أو الإشعاع، أو التبخر، أو تَصَعُّد الحرارة، ولذا، فإن ارتفاع معدلات الرطوبة في الجو، أو قلة التيارات الهوائية من شأنه أن يؤثر على فاعلية فقد الجسم للحرارة عن طريق التبخر.

4 ـ فقد الوعي المؤقت الناتج عن ارتفاع الحرارة، إغماء الحرارة، وينتج ذلك من إعادة انتشار الدم داخل الدورة الدموية في صورة تجمع الدم بكميات كبيرة داخل الأوردة أثناء بذل المجهود العضلي، أو الوقوف لفترات طويلة مع انخفاض الارتجاع الوريدي المركزي وقلة الناتج القلبي، أو انخفاض الضغط الدماغي.

5 ـ الإجهاد الناتج عن ارتفاع الحرارة وينتج من العوامل التالية:

أ ـ فقد الجسم لكميات كبيرة من الماء، مع عدم تناول كميات تعويضية مناسبة عند ارتفاع حرارة الجو.

ب ـ فقد الجسم للأملاح في صورة عرق زائد، مع عدم تناول كميات تعويضية من الملح.

ج - قد تتطور هذه الحالة لتعطي الصورة المَرَضِيَّة التي يطلق عليها: ضربة الحرارة.

6 ـ ضربة الحرارة نتيجة حدوث خلل في تنظيم الجسم لفقد الحرارة، ويصاحبه عادة حدوث ارتفاع شديد في درجة حرارة الجسم، حيث إن ارتفاع درجة حرارة الجسم لأكثر من 42 درجة مئوية من شأنه أن يشل قدرة الجسم على الاستمرار في تنظيم درجة الحرارة بصورة طبيعية، ويترتب على ذلك فقد جدران الخلايا للعديد من المميزات التي تنعم بها والتي تجعل من الخلايا ما يشبه البنيان المرصوص الذي يشد بعضه بعضاً، ويترتب على ذلك بدء حدوث تدمير للبروتين الخلوي، ويعقب ذلك سلسلة من النتائج التي تنتهي بموت الخلايا، مما يترتب عليه تدهور وظائف العديد من الأعضاء، مما قد يؤدي إلى توقف هذه

الأعضاء عن العمل تماماً، وتتميز هذه الحالة عند حدوثها بالأعراض الآتية:

- ارتفاع شديد في درجة الحرارة وجفاف في الجلد، وعدم إفراز الجسم للعرق، وغالباً ما يكون الطفل صغير السن، كما تكون درجة حرارة الجو مرتفعة للغاية، وكذا نسبة الرطوبة، وقد يكون هناك تاريخ مرضي دال على تناول الطفل لبعض الأدوية التي سبق وتحدثنا عنها.

مظاهر مختلفة

يعتمد التسلسل التالي في سرد هذه الأعراض على مستوى خطورتها بمعنى أن الأعراض المَرَضِيَّة التي سيتم ذكرها أولاً ستكون أقل خطورة، ويزداد مستوى خطورة هذه الأعراض، حتى تصل إلى الصورة الكاملة للمرض.

1. تقلصات عضلية : (المَغَص) ويرتبط حدوث هذه التقلصات العضلية ببذل الطفل لمجهود بدني زائد، أو فقده لكميات كبيرة من السوائل، أو عدم تناوله لكميات تعويضية مناسبة من الصوديوم، وتكون درجة حرارة الجسم خلال هذه المرحلة طبيعية.

2. التكزز الحراري : ويظهر ذلك في صورة قلة في النشاط وتشنج الكف والقدم.

3. إغماء، أو غشي الحرارة : وتتميز هذه الحالة بحدوث تغيرات ملحوظة في مستوى الوعي بدءاً من الدوار والنعاس وانتهاءً بالإغماء، وغالباً ما يحدث هذا عند بذل مجهود عضلي عنيف، أو الوقوف لفترات طويلة وبخاصة عند التعرض لمناخ قائظ.

4. إجهاد الحرارة : الإعياء، وتحدث هذه الحالة بشكل بطيء نسبياً، حيث يصاب الطفل بصداع وغثيان مع احتمال حدوث قيء، كما يبدو الطفل متوعكاً بصورة ملحوظة، وقد يشكو من آلام في العضلات، أو دوار، أو اضطرابات بصرية، كما يبدو الجسم شاحباً، وترتفع درجة الحرارة بين 38 - 40 درجة مئوية، ويكون ذلك مصحوباً بحدوث جفاف مع عدم التوازن في مستوى الأملاح بالدم، بالإضافة إلى زيادة تركيز الدم.

5. ضربة الحرارة : وتتصف بأعراض عصبية ناتجة عن تأثر الجهاز العصبي المركزي، وتظهر هذه الأعراض على هيئة هذيان، واختلاجات غيبوبة، وتظهر هذه الأعراض عادة بشكل مفاجئ في حوالي 80 % من الحالات، إلَّا أن قلة من الحالات تأخذ صورة أكثر بطئاً تتراوح مدتها الزمنية بين دقائق إلى ساعات، وتتراوح درجة حرارة الجسم عادة بين 40 - 41 درجة مئوية،

ويكون ذلك مصحوباً بانخفاض في ضغط الدم، وزيادة في ضربات القلب، بالإضافة إلى حدوث زيادة معدل فرط التنفس.

المضاعفات

من أهم المضاعفات الناجمة عن ضربة الحرارة:

1. عدم التوازن في مستوى الأملاح بالدم.
2. حدوث اختلاجات.
3. متلازمة الضائقة التنفسية التي تماثل نظيراتها في الكبار، حدوث فشل كلوي حاد.
4. قصور كبدي.
5. فشل قلبي.
6. أزمة ربوية.
7. انحلال العضل المخطط.
8. حدوث تخثر منتشر داخل الأوعية الدموية، وقد يستمر ذلك حتى وفاة الطفل.

أما المضاعفات الأخرى فتكون عادة في صورة جفاف وخيم وبصفة خاصة إذا كانت الحالة مصحوبة بإفراز كميات كبيرة من العرق، كما قد يترتب على هذه الحالة حدوث قصور وظيفي عصبي مستديم على هيئة قصور في وظائف المخيخ، أو الشلل النصفي.

إن المرض الحراري قد يأخذ صوراً مختلفة كما ذكرنا، مثل: الطفح الجلدي والوذمة والتقلصات العصبية والتكزز والإغماء والإجهاد، ويتماثل المريض في هذه الحالة إلى الشفاء السريع إذا ما توفرت وسائل الرعاية المناسبة.

أما ضربة الحرارة بصورتها الكاملة، فتحمل نظرة مستقبلية بالغة السوء في حالة عدم التعرف عليها وتشخيصها والتعامل معها، عن طريق اتخاذ التدابير العلاجية المناسبة.

يجب أن تكون هناك قدرة على التمييز بين الأعراض المَرَضِيَّة التالية المصاحبة للمرض الحراري، وبين أعراض أخرى مشابهة تكون مصاحبة لأمراض أخرى:

أولا : التقلصات العضلية (مَعَص الحر) : يجب التأكد من عدم وجود انحلال العضل المخطط.

ثانياً : وذمة الحرارة، حيث ينبغي التأكد من عدم وجود التهاب وريدي خثاري، أو وذمة لمفية، أو فشل قلبي احتقاني.

ثالثاً : ضـربة الحرارة: حيث ينبغي تمييز الأعراض العصـبية المصـاحبة للحالة من الأمراض الأخرى التي تُحدث أعراضاً متشابهة مثل: التهاب السحايا، أو التهاب خلايا المخ، أو أنواع العدوى الأخرى، أو حالات التسـمم بواسـطة الأدوية التي تحمل تأثيراً مضاداً لإفراز الكولين، حيث تتسـع حدقتا الطفل بشـكل ملحوظ في حالة التسمم الناتج عن هذه الأدوية، كما أن إصـابة الطفل بالجفاف الوخيم الناتج عن النزلات المعوية قد يحدث بدوره أعراضاً عصبية مصحوبة بارتفاع في درجات الحرارة، بحيث تتشابه الصورة الإكلينيكية للحالة مع ما يحدث عند تعرض الطفل لضربة الحرارة.

التاريخ المرضي

أولاً : درجـة حـرارة الطفل: لا بد من العمـل على قياس درجة الحـرارة قبل البدء في استخدام وسائل خفض الحرارة؛ لأن قياس درجة الحرارة بشكل متأخر بعد استخدام كمادات الماء البارد، أو الأدوية الخافضـة للحرارة من شـأنه أن يؤثر فـي القدرة على تحديد درجة وخامة الحالة، مما يحول دون البدء في استخدام التدابير العلاجية في الوقت المناسب.

ثانياً : لا بد من الاستفسار عن الوسائل التي تم اتباعها للعمل على خفض درجة حرارة الطفل وهو في طريقه إلى المستشـفى، ولا بد من العمل على اسـتخدام الوسـائل الخافضة للحرارة فوراً عند حدوث ضربة الحرارة، أو أحد الأعراض المَرَضِيَّة المرتبطة بها؛ لأن من شـأن ذلك أن يساعد على منع حدوث قصور إكلينيكي، إلَّا أن قياس درجة حرارة الطفل بعد بدء اسـتخدام هذه الوسائل، من شـأنه أن يطمئن من يتولى رعاية الطفل بطريقة مضللة لا تساعد على وضع تَصَور صحيح لما آلت إليه الحالة.

ثالثاً : وجود تاريخ مَرَضي دال على حدوث عُسر وظيفي عصبي مركزي، وتكمن أهمية ذلك في أن حدوث عسـر وظيفي عصـبي جنباً إلى جنب مع وجود عوامل بيئية من شأنها أن تساعد على حدوث المرض الحراري، لا بد أن تؤدي بنا إلى وضع تشخيص مبدئي لما يطلق عليه ضربة الحرارة.

إلَّا أنه لا بد من وضـع الأسـباب المَرَضِيَّة الأخرى التي قد تؤدي إلى تغير درجة الوعي،

والتي قد تكون مصحوبة بارتفاع ملموس في درجة الحرارة في الحسبان، والعمل على التفرقة بينها وبين أعراض العسر الوظيفي العصبي الناتجة عن ضربة الحرارة.

رابعاً : لا بد من الاستفسار عن تناول الطفل لأية أدوية، أو وجود أسباب طبية، أو توافر عوامل بيئية غير مواتية، أو ممارسة الطفل لأنشطة معينة لأنها جميعاً قد تلعب دوراً بارزاً من شأنه أن يهيئ الفرصة لظهور الأعراض المَرَضِيَّة السابقة.

الفحص الفيزيائي

أولا : العلامات المَرَضِيَّة الدالة على حدوث إجهاد إعياء حراري: إحساس الطفل بالضعف، أو النوم، أو العطش، أو الدوار، أو انخفاض قدرة الطفل على ممارسة أي مجهود عضلي، الصداع، الغثيان، القيء، آلام العضلات، شحوب الجلد، الاضطرابات البصرية، الإغماء، حدوث عسر وظيفي عصبي مركزي بسيط، تقلص العضلات، انخفاض ضغط الدم، زيادة نبضات القلب، فرط التنفس، عدم التناسق، ارتفاع درجة الحرارة لمعدلات أقل من 40 درجة مئوية مع استمرار إفراز الجسم للعرق، هذا إلى جانب توافر العوامل البيئية المساعدة، أو مزاولة الطفل للنشاط العضلي الزائد.

ثانياً : العوامل المَرَضِيَّة الدالة على حدوث ضربة الحرارة: ارتفاع درجة الحرارة لأكثر من 40.5 درجة مئوية مع حدوث جفاف في الجلد وهي الصفة الغالبة، أو وجود درجة ما من الرطوبة في الجلد، وذلك في الحالات التي تكون فيها الضربة الحرارية مصاحبة لمجهود عضلي عنيف، كما أن الجلد قد يتحول إلى اللون القرمزي بالإضافة إلى إصابة الطفل بحالة من الضعف الشديد والغثيان والقيء وفقدان الشهية والصداع والدوار، والنوام، والهيوجية، مع حدوث عسر وظيفي عصبي نتيجة تأثر الجهاز العصبي المركزي.

وقد يصاحب ذلك حدوث تأثر مفاجئ في درجة الوعي مع زيادة نبضات القلب وانخفاض ضغط الدم، إلَّا أن ضغط الدم قد يكون طبيعياً في بعض الحالات، كما أن ضغط النبض قد يتسع بدرجة ملحوظة، كما أنه قد تحدث زيادة في معدل التنفس واضطرابات في المشي، وسَلَس البول واختلاجات، وفرفرة، وآفات حبرية، كما أن انقباض العضلات المصحوب باختلاف التوتر العضلي من شأنه أن يعطي انطباعاً كاذباً بوجود اختلاجات.

قياس درجة الحرارة

يعتبر قياس درجة الحرارة عن طريق المريء أفضل الوسائل، كما أن قياس درجة الحرارة عن طريق المستقيم من شأنه أن يعطي تقديراً مناسباً، أقرب ما يكون من الصواب لدرجة الحرارة الجوفية، أما درجة الحرارة التي يتم قياسها عن طريق الأذن، فإنها تمثل تقديراً مناسباً لدرجة حرارة الجهاز العصبي المركزي، أما قياس درجة الحرارة عن طريق الفم فلا يمثل بديلاً مناسباً إذا ما قورن بالوسائل الأخرى؛ لأن درجة الحرارة التي يتم الحصول عليها في هذه الحالة تتأثر بالتنفس عن طريق الفم.

الاستقصاءات المختبرية

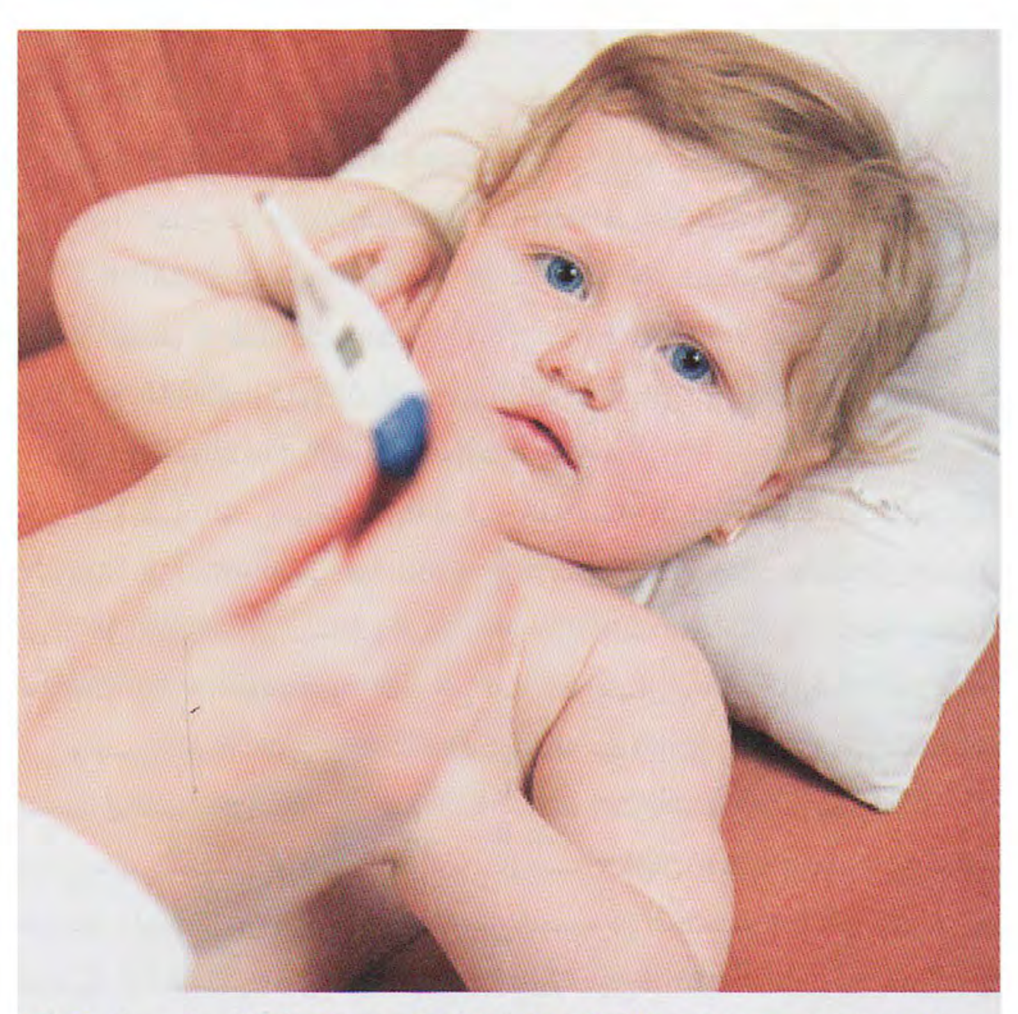
تعمل الاختبارات المعملية على تأكيد التشخيص وتقييم مدى الإصابة، أو استبعاد الحالات المَرَضِيَّة الأخرى المصاحبة لها:

1. يمكن إيجاز أهم التغيرات المصاحبة للأعراض المَرَضِيَّة الناتجة من الإصابة بالضربة الحرارية في انخفاض مستوى الصوديوم، والكلوريد في المصل والبول، وتكون نسبة اليوريا في الدم طبيعية، أو مرتفعة قليلاً.

2. الإجهاد العضلي: من الممكن أن يكون مصحوباً إما بانخفاض نسبة الصوديوم في الدم نتيجة فقد الملح، أو ارتفاع مستوى الصوديوم في الدم نتيجة فقد كميات كبيرة من الماء، بالإضافة إلى انخفاض مستوى الكلوريد في الدم، كما أن حالات الإجهاد الحراري قد تكون مصحوبة بحدوث تركز في الدم، ويمكن تمييز حالات الإجهاد الحراري عن الإصابة المعروفة باسم: الضربة الحرارية بعدم حدوث شذوذات وظيفية كبدية ملموسة مُعْتَدَّة في حالات الإجهاد الحراري، على العكس مما يحدث في حالات الضربة الحرارية.

ثالثا: التغيرات المعملية المصاحبة لحالات الضربة الحرارية:

1. التغيرات المرتبطة بكيمياء الدم تشمل ارتفاعاً في مستوى كلوريد الصوديوم في الدم، إلَّا أن هذا لا يمنع وجود مستويات طبيعية من كلوريد الصوديوم في الدم في بعض الحالات، كما أن ذلك قد يكون مصحوباً بارتفاع مستوى اليوريا والكرياتينين في الدم مع انخفاض نسبة البوتاسيوم، والماغنسيوم، والكالسيوم، والسكر، إلَّا أن حمض اللاكتيك قد يرتفع.



2 ـ تغيرات في صورة الدم الكاملة، وتشمل زيادة في عدد كريات الدم الحمراء، وزيادة في الصفيحات الدموية إلى جانب ما يطلق عليه اسم تركز الدم.

3 ـ كما أن انحلال العضل المخطط من شأنه أن يزيد من مستوى إنزيم فوسفوكيناز الكرياتينين، كما أن غازات الدم الشرياني تظهر وجود قلاء تنفسي وانخفاض في مستوى البوتاسيوم، وذلك خلال المراحل المبكرة للحالة، أما الحماض اللاكتيكي الذي يتسبب في حدوث حماض استقلابي، فإنه لا يحدث إلَّا في المراحل المتأخرة.

4 ـ تحليل البول قد يظهر وجود ارتفاع في نسبة البروتينات، أو زيادة في كريات الدم الحمراء.

التدابير العلاجية

أولا: التشخيص المبكر للحالة والتعجيل بخفض درجة الحرارة.

ثانياً: العلاج النوعي ويعتمد على طبيعة الأعراض المَرضيَّة كالتالي:

1. التقلصات العضلية الحرارية: الراحة التامة، واستخدام المحاليل التعويضية لتعويض الجسم عن فقد الملح والماء.

2. الإغماء الحراري: وذلك بالعمل على إعادة الطفل إلى الوضع الطبيعي، وتوفير قدر كاف من الراحة واستخدام المحاليل التعويضية اللازمة.

3. الإجهاد الحراري: تختلف التدابير العلاجية التي يتم اللجوء إليها باختلاف الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للحالة، إلّا أن معظم الحالات يتم علاجها دون الحاجة إلى إدخال الطفل إلى المستشفى، حيث يتماثل الطفل عادة للشفاء بصورة سريعة، ويتركز العلاج في الراحة التامة والإرواء الجيد مع العمل على خفض درجة الحرارة.

وتجدر الإشارة إلى أن الحالات الأقل وخامة تستجيب للإرواء الفموي باستخدام المحاليل التي تعطى عن طريق الفم، أما الحالات الأكثر وخامة، والتي تعاني من حدوث عسر وظيفي عصبي، أو عسر وظيفي معوي في صورة غثيان، أو قيء، أو عدم قدرة الطفل على تناول السوائل عن طريق الفم، فإنها تكون بحاجة إلى استخدام المحاليل التعويضية الوريدية، إلّا أنه ينبغي العمل على عدم إحداث تغيير سريع في نسبة الصوديوم في الدم؛ لأن ذلك قد يتسبب في حدوث انخفاض في مستوى الصوديوم، مما يحدث بعض الاختلاجات التي قد تستجيب للعلاج باستخدام محلول الملح عالي التركيز 3 جرعات لا تزيد عادة على 5 مللي كيلو غرام.

4. الضربة الحرارية: تعتمد التدابير العلاجية النوعية في هذه الحالة على التدخل الفوري، واستخدام كافة الوسائل للعمل على خفض درجة حرارة الطفل بالإضافة إلى نزع ملابسه، وعدم السماح بتواجده داخل بيئة حارة، وذلك عن طريق استخدام أجهزة تكييف الهواء. وكذا استخدام وسيلة مواصلات مكشوفة عند نقل الطفل لاستكمال بقية العلاج.

وتجدر الإشارة إلى أن قياس درجة الحرارة يتم إما عن طريق المريء، أو عن طريق فتحة الشرج، وينبغي العمل على خفض درجة الحرارة بمعدلات تتعدى 2-1 درجة مئوية/

دقيقــة على أن تنخفض درجة الحرارة إلى ما بيــن 38 و39.5 درجة مئوية كحد أدنى، ويمكن استخدام حمامات الثلج، أو حمام الماء البارد باستخدام ماء تتراوح درجة حرارته بين 16-15 درجـة مئوية، وتكون فعالية حمام الماء البارد مماثلة لحمام الثلج، بالإضــافة إلى تجنب إصابة الطفل بالضيق، أو الرعشة، أو حدوث ضيق في الأوعية الدموية.

كمــا يمكن تدليك جسـم الطفل باسـتخدام الثلـج المجروش، أو وضـع مكعبات الثلج علــى رقبـة الطفل، أو الإبطين، مع اسـتخدام قطعة رقيقة من القماش المبتل بوضـعها فوق الأطراف، كما يمكن ترطيب الجلد باسـتخدام زجاجـة مليئة بالماء، على أن يتم رش الجلد بالماء، حيث تعمل قطرات الماء على ترطيب الجلد، ويمكن استخدام المراوح لزيادة البَخْر الذي يلي مرحلة خفض درجة الحرارة.

كما أن عمل غسـيل للمسـتقيم، أو المعدة باسـتخدام الماء البارد من شأنه أن يساعد على تحسـين هذه الحالات، كما أن المحاليل الوريدية التي يتم إعطاؤها باستخدام محاليل تتــراوح درجـة حرارتها بين درجة حـرارة الغرفة، أو أقـل من ذلك من شـأنه أن يعمل على خفض درجة الحرارة، مما يساهم في تحسين النظرة المستقبلية للحالة.

التدابير العلاجية غير النوعية في حالات الضربة الحرارية وتشمل:

1. ضمان سالكية الشعب الهوائية.

2. الحفاظ على تنفس منتظم.

3. مراقبة الدورة الدموية للطفل.

4. اسـتخدام المحاليل التعويضـية، على الرغم من أن كمية السـوائل داخل الجسم لا تتأثر بشـكل ملحوظ، إلّا أن إصــابة الطفل بالصدمة الناتجة عن إعادة توزيع السوائل داخل الجسـم نتيجة توسـع الأوعية الدموية، قد يجعل من الضروري اللجوء إلى استخدام أساليب مؤثـرة لخفض درجة الحرارة بهدف إعادة توزيع كمية السـوائل مـن الأطراف إلى الجوف، فيتـم اللجوء إلى اسـتخدام كمية كبيرة من السـوائل، مما قد يتسـبب فـي مخاطر عديدة، ولعل من أهمها: الوذمة الرئوية، أما الإرواء عن طريق الفم، فيتم اللجوء إليه فقط في حالة اكتمال درجة الوعي.

5. توفير مضــادات الاختلاج واتخاذ التدابير اللازمة لمواجهة أي ارتفاع في الضــغط داخـل القحـف، كما قد يلزم اسـتخدام المضـادات الحيوية لعلاج العدوى التي قد تصـيب

الجهاز العصبي المركزي.

6. استخدام بعض الوسائل العلاجية المتنوعة:

أ. استخدام الأنبوب الأنفي المعدي.

ب. استخدام «الكلوربرومازين» بهدف إحداث اتساع في الأوعية الدموية الطرفية وتكون الجرعة 1-5 مليغرام لكل كيلو غرام عن طريق الحقن في الوريد، أو العضل، وقد يتسبب الكلوربرومازين في انخفاض ضغط الدم.

ج – يمكن استخدام «البنزوديازيبين» بهدف تهدئة الطفل.

د. يمكن استخدام البلازما الطازجة لعلاج التخثر المنتشر داخل الأوعية الذي قد يحدث.

هـ. ينبغي العمل على تحاشي استخدام الأدوية الخافضة للحرارة، حتى يمكن لهذه الأدوية أن تعمل على خفض درجة الحرارة، كما يجب عدم استخدام الأدوية المضادة للكولين مثل «الأتروبين»؛ لأن هذه الأدوية تعمل على منع إفراز العرق.

الاستخدام العشوائي للأدوية الخافضة لحرارة الطفل يعرضه لانتكاسات صحية



فـي واحد من البحـوث الطبيـة التي تكشـف حقيقة الممارسـات العلاجيـة المنزلية الخاطئة، أوضـحت دراسـة للباحثين في مجال التمريض من أستراليا أن 50 % من الأطفال الذين يُصـابون بارتفاع درجة حرارة الجسـم يتلقون من والديهم جرعات غير مناسـبة من الأدوية الخافضـة للحرارة، وأن حالات التسـمم نتيجة تناول جرعات تتجاوز الحد المسموح منها قد تضاعفت ثلاث مرات خلال العشرين سنة الماضية، هذا بالإضافة إلى أن قلق الآباء والأمهات عند تعرض الطفل لحالات ارتفاع الحرارة لا يزال في معدلات عالية، وذلك وفق ما نُشر في العدد الأخير من مجلة العناية التمريضية المتقدمة.وشدد الباحثون بالدرجة الأولى على ضـرورة رفع كفاءة سـلوكيات تعامل الآباء والأمهات الصـحي السليم مع حالات ارتفاع الحرارة، والاستفادة الصحيحة إلى أقصى حد من الأدوية المتوفرة.

فريق البحث الأسترالي قام بمراجعة وتحليل نتائج أكثر من 70 دراسة طبية عالمية تم نشرها منذ عام 1980 حول التغير في سلوكيات وممارسات الوالدين حيال ارتفاع حرارة الطفل. ووجدوا أن نسبة منْ يُقدم للطفل من الوالدين جرعات عالية من أدوية خفض الحرارة ارتفع من 12 % في عام 1987 إلى 33 % في الآونة الأخيرة. وأن أكثر الآباء والأمهات إما أن يُقدم للطفل جرعات منخفضة، أو عالية، أو يكرر ذلك كثيراً أثناء اليوم، أي أن الكثرة لا تضبط مقدار ووتيرة إعطاء الدواء. وأن 27 % من الآباء والأمهات يمارسون إعطاء صنفين من أدوية خفض الحرارة بالتناوب بدل الاقتصار على صنف واحد.

ويبدي الخبراء الطبيون قلقاً من التعامل العلاجي لحالات ارتفاع درجة حرارة الطفل، وذلك من جانبين، الأول: سلوكيات الوالدين، والثاني: حسن استخدام وآثار الأدوية الخافضة للحرارة. فالملاحظ هو تزايد عدد الأطفال الذين يعالجهم أحد الوالدين بجرعات متعاقبة من الباندول والبروفين نتيجة لقلقهما، ولتحقيق خفض أسرع في درجة حرارة الطفل، دون إعطاء مدة زمنية كافية بينهما.

ولذا تعتبر الباحثة «آني والش» من جامعة «كوينزلاند» بأستراليا أن مراجعتها البحثية أكدت أن تناول جرعات عالية فوق المسموح من البروفين هو مثار اهتمام خاص اليوم، وذلك من ناحيتي الكمية والوتيرة اليومية. وأوضحت أن هناك حالات كثيرة بيّنت من خلال دراستها أن أحد الوالدين يُقدم دواء خافضاً للحرارة، ثم يُقدم نوعاً آخر بعد بضع ساعات؛ لأن خفض الحرارة لم يتحقق، وذلك دون إعطاء فسحة زمنية للدواء الأول كي يُؤدي مفعوله ويظهر بالتالي تأثيره على درجة الحرارة.

فهم ارتفاع الحرارة

ليس هذا ما لاحظه الباحثون فحسب، بل إنهم لاحظوا أن كثرة من الآباء والأمهات وبشكل متكرر يعتمدون على قياسات غير سليمة لمقدار درجة حرارة الجسم، الأمر الذي لا يعكس حقيقة درجة حرارتهم. كما أن كثرة منهم لا يعتمدون في تقييم حرارة الطفل على مقدار درجة الحرارة، بل ينظرون إلى الهيئة العامة لصحة ونشاط الطفل كمقياس للتحسن، أو السوء في حالته. ولذا علقت الباحثة «والش» قائلة: إن معرفة الوالدين ضعيفة



حول حرارة الجسـم الطبيعية وما يُعتبر ارتفاعاً، أو حمى، فهم على سـبيل المثال يصـنفون الارتفاع المتوسط في درجة الحرارة بالتعريف الطبي على أنه ارتفاع شديد، وبالتالي يبذلون جهداً كبيراً في خفضها بالأدوية كالبانادول، أو البروفين.

ولذا، فإن حالات التسمم من هذه الأدوية ارتفعت بشكل حاد خلال العقدين الماضيين، وإحدى الدراسات أكدت أن ثلث حالات ارتفاع الحرارة يتلقى الأطفال فيها كميات عالية وفوق المسـموح به من هذه الأدوية. وبالمقابل، فإن بعضـهم يُقدم جرعات منخفضـة لا تنخفض على إثرها الحرارة لدى الطفل، الأمر الذي يدفعهم إلى طلب الرعاية الطبية وإضـافة عبء على المستشفيات دونما حاجة.

قلق الوالدين

ومن ناحية أخرى تناولت الدراسـة موضـوع شـعور وتفكير الوالدين عند ارتفاع حرارة الطفل، وتبيَّن أن المخاوف المسـيطرة على الوالدين اليوم هي نفس تلك التي كانت منتشرة في الثمانينات من القرن الماضي، كالخوف من تلف أنسجة الدماغ، أو ظهور نوبات التشنج،

أو الوفاة نتيجة الارتفاع في الحرارة. ولا علاقة للأمر بمقدار المستوى التعليمي، أو الدخل المادي للوالدين، وهو ما يتشابه فيه الآباء والأمهات في مختلف دول العالم.

وبالرغم من الأمر الجيد وهو انخفاض نسبة إعطاء الأسبرين للأطفال نتيجة الوعي الأكبر بمضاره على الأطفال دون سن الثانية عشرة من العمر، إلَّا أن استخدام الكمادات الباردة قَلَّ أيضاً، وارتفعت حالات استخدام الأدوية الأخرى، حتى وحالات إيقاظ الطفل المستغرق في النوم لإعطائه الدواء الخافض للحرارة.

وتقول الباحثة: إن العناية بالطفل المُصاب بالحمى هو تحد عاطفي بالغ التأثير على الوالدين، ونتائجنا حول التحسن المحدود خلال العقدين الماضيين في المعرفة والسلوكيات والممارسات العلاجية من قبل الوالدين إزاء الحالة، تفرض تناول الأمر باهتمام أكبر. ومن المهم أن يتلقى الوالدان نصائح وتوجيهات واضحة من قبل الأطباء. وأكدت بشكل خاص على أن إثراء معلومات الوالدين وتوجيههم إلى أفضل سبل العناية المنزلية بحالات ارتفاع حرارة الطفل، لا يعني البتّة عدم الذهاب إلى الطبيب في حال قلق الوالدين على صحة طفلهم، أو حاجتهم إلى التأكد، مما يجب عليهم فعله للعناية به.

ارتفاع درجة الحرارة لدى الأطفال ..
كيف يتعامل الوالدان في المنزل معها ؟

ارتفاع درجة حرارة الطفل شيء مقلق دائماً للوالدين، فربما كلاهما عاش هذا السيناريو: يستيقظ أحدهما ليجد طفله واقفاً بجوار السرير ويبدو عليه الإرهاق واحمرار الوجه والعرق يبلل جسمه، فيضع يده على جبين الطفل ويجده حاراً، يوقظ أحدهما الآخر ليقول له: الطفل لديه حرارة، وهنا تبدأ معاناة الليل.

رصد السبب

يسهل التعامل السليم مع ارتفاع الحرارة لأنها ليست مرضاً بحد ذاته بل هي أحد الأعراض المَرَضِيَّة، ولذا يكون الأصل دوماً هو البحث عن سبب الارتفاع ثم هل يحتاج هذا السبب إلى علاج أم لا وكيف يتم ذلك. الحالات التي تعالج الحرارة بحد ذاتها محدودة بمعنى أن يبذل الجهد في خفضها، أهمها هو أن تتجاوز الحرارة 38.9 درجة مئوية، أما إذا كانت أقل من هذا فلا تعالج إلّا في حالتين الأولى: أن تبدو على الطفل علامات وأعراض تدل على تأثر الطفل، والثانية: أن يكون عمر الطفل أقل من ثلاثة أشهر. والحقيقة أن الأطباء اليوم ينظرون إلى ارتفاع حرارة الأطفال ما دون ثلاثة أشهر من العمر باهتمام بالغ إذا ما تجاوزت 38 درجة مئوية بقياس حرارة الشرج، فينصحون الوالدين حينها بالاتصال بطبيب الأسرة، أو أخذ الطفل إلى المستشفى حالاً.

أما الأطفال الأكبر سناً من هذا فيجب أخذ حالتهم العامة في الحسبان بمعنى مراقبة تصرفاتهم حين إصابتهم بالحمى كي نعرف مدى الحاجة للعلاج، أو مراجعة الطبيب دون جزع، أو هلع، فحينما لا يكون الطفل في حالة خطيرة نجد أن لديه اهتماماً باللعب،

ويتناول الطعام والشـراب ويبتسـم حينما يلاعبه أحد، ولون جلـده طبيعي ويبدو طبيعياً إذا مـا انخفضـت درجة الحرارة بعـد ذلك، وإن كان الحـال هذا فيجب فقـط ملاحظة الطفل ومراقبته.

رغـم أن قياس درجـة الحرارة لوحده لا يعكـس أمراً مهماً خلفه، فربمـا يؤدي التهاب بكتيـري، أو فيروسـي عارض إلـى رفع الحرارة إلـى 40 درجة مئوية، بينمـا التهاب بكتيري خطيـر، أو ورم سـرطاني لا يرفعـان الحرارة بهذا القدر، خصوصـاً كلمـا كان عمر الطفل صـغيراً. كما أن الحرارة تنخفض وترتفع أحياناً بشـكل متعاقب ويصاحب الانخفاض ظهور الرعشـة، أو الرجفـة التي هـي عملية معقدة تعني ببسـيط العبارة محاولة من قبل الجسـم رفـع درجة حرارته بتحريك العضـلات لملاقاة الدرجة التي أمر بهـا «المحرار» في الدماغ والتي رأى فيها أنها مناسـبة لمقاومة الجراثيم، فحينما لا يقوى الجسم على المحافظة على الحرارة العالية يلجأ إلى آلية جديدة لرفع الحرارة عبر الرجفة، أو الرعشة.

وهذا يحصـل في حالات معينة من الالتهابـات، لذا يجب على الوالدين ذكر هذا الأمر للطبيب لو حصـل. والطفل يعرق في محاولة منه لخفض حرارة جسـمه ضمن عمليات أيضاً معقدة في آلية حرارة الجسم حال حصول التهاب، إذْ أن تبخر الماء فوق سطح جلده يسحب معه جزءاً من الحرارة، وكذلك يفعل الطفل حينما يتنفس بسرعة. لكن تجب ملاحظة وجود صعوبة في التنفس لو حصلت، أو استمر في التنفس بسرعة بعد انخفاض الحرارة وذكر هذا للطبيب.

معالجة ارتفاع الحرارة

مما يتوهم الوالدان كثيراً والأمهات على وجه الخصـوص أن ارتفاع الحرارة يؤدي إلى تلف خلايا الدماغ، وهو غير صـحيح ما لم تتجاوز الحرارة أرقاماً عالية خاصـة 41.1 درجة مئويـة. لـذا فليس كل حـرارة يجب على الأم خفضـها، أو حتى معالجتها طالمـا لا تؤثر على الطفل، أو لم يكن لدى الطفل حالة التشنج مع ارتفاع الحرارة. وفي حال حصول هذا التأثر بالأعراض المتقـدم ذكرها فيمكنك إعطاء الطفل شـراب البنادول، أو غيـره، مما يحتوي مـادة البراسـيتامول، أو أسـيتامينوفين، أو حتى يمكن إعطاء البروفين، وذلك حسـب وزنه



وعمـره، وعلى الأم التأكد من مقدار الجرعة بالاتصـال بالطبيـب، ولا تعتمد توجيهات بائع الأدوية في الصـيدلية. ويمنع استخدام الأسبرين مطلقاً لمن هم دون سن الثانية عشرة من العمر، وتذكر أن الأدوية الخافضـة للحرارة ذات مفعول مؤقت يزول بعد ساعات ليعود الأمر ربمـا إلى ما كان عليه. المهم هو اسـتحمام الطفل في ماء متوسـط الحـرارة أي غير بارد؛ لأن المـاء البـارد يجعل الطفل يرتجف وبالتالـي ترتفع حرارته أكثـر، والحرص على إلباس الطفـل ملابس خفيفـة وتغطيته ببطانية، أو حـرام خفيف كي يتمكن الجسـم من التخلص من الحرارة، والمحافظة على درجة حرارة معتدلة للغرفة والحرص على تزويده بالسـوائل، أو قطـع من الثلج والمأكولات الباردة كالجلي، وتجنب ما يحتوي كافيين كالكولا، أو الشـاي، ولا تغصـبه على نوع من الطعام، أو الشـراب، فالمهم هو هدوؤه وراحته، كما لا ترسـله إلى المدرسة، حتى تزول عنه الحرارة.

طلب مسـاعدة الطبيب يعتمد على حالة الطفل العامة ومقدار درجة حرارته بالإضافة إلى سـنه، وبصـفة عامة يجب الذهـاب بالطفل إلى الطبيب إن كان دون سـن ثلاثة أشـهر وحرارتـه تجـاوزت 38 درجة مئويـة، أو الطفل الأكبر سـناً حينما تتجـاوز حرارته 40 درجة

مئوية. لكن لو كانت الحرارة أقل والطفل تبدو عليه آثار أو أعراض المرض كالقيء المتكرر، أو الإسهال، أو الجفاف، أو شكا من آلام في الحلق، أو أثناء البلع، أو البطن، أو الأذن، أو يبدو عليه الخمول ويرفض تناول الطعام، أو الشراب، أو لو استمرت الحمى لدى الطفل ما دون الثانية من العمر أكثر من 24 ساعة، أو 72 ساعة لمن أكبر منه، أو تكررت الحرارة في أيام معدودة.

ويلزم الذهاب إلى قسم الإسعاف في المستشفى مباشرة متى ما كان الطفل يبكي بشكل متواصل لساعات، أو أنه متوتر جداً، أو خامل بشكل كبير، أو ظهر طفح أحمر على جلده، أو بدت شفتاه أو أظافره زرقاء، أو كان هناك صعوبة في تحريك عنقه، أو في التنفس، أو أصيب بنوبة تشنج.

الأسباب الشائعة لارتفاع حرارة الطفل

يوجد في الدماغ مركز لتنظيم وضبط الحرارة، أو ترموستات (محرار) يعمل على حفظ حرارة الجسم ضمن المعدل الذي يناسب عمل أعضائه لإتمام العمليات الكيميائية والحيوية بكفاءة، ولذا يرسل الدماغ رسائل توجه الجسم كي يحافظ على درجة الحرارة التي هي حوالي 37 درجة مئوية، وتختلف في أوقات معينة من اليوم بشكل طبيعي، فتكون أقل في الصباح وأعلى في المساء، كما وترتفع حال بذل مجهود بدني وغيرها من الأحوال، لكنها تبقى ضمن مدى طبيعي لا يتجاوز 37.7 درجة مئوية كأعلى حد مقبول. وحينما ترتفع حرارة الطفل، فإن ذلك يكون لعدة أسباب، الغالب منها عادة هو نتيجة حصول أمر من ثلاثة أمور:

. التهاب جرثومي سواء من البكتيريا، أو الفيروسات، فحينها تكون الحرارة إحدى الوسائل التي يحاول الجسم بها مقاومة الجراثيم والقضاء عليها.

. اكتساب الجسم حرارة عالية سواء بشكل مباشر كالخروج إلى الجو الحار، أو البقاء في غرفة حارة.

. أخذ جرعة من أحد أنواع التطعيم .

ويجب ملاحظة أن التسنين، أو ظهور الأسنان هي عملية حيوية يستنفر فيها الجسم جهده لإتمامها، وترتفع درجة الحرارة حينها لدى بعض الأطفال، لكن في الغالب لا يتجاوز



مقدارها أعلى حد للمعدل الطبيعي أي 37.7 درجة مئوية.

كيف يتم قياس حرارة الطفل؟

يعلـم أحـد الوالدين حرارة الطفل عبر لمسـة حانيـة، أو قبلة على جبينـه لكنه قياس تقريبي يجب على إثره التأكد بشـكل أدق عبر القياس المباشـر بميزان الحرارة. وتشخيص ارتفـاع الحرارة يتم إذا ما كانت درجة حرارة الشـرج تتجـاوز 38 درجة مئوية، أو 37.7 للفم وتحـت اللسـان تحديداً، أو 37.2 للحـرارة تحت الإبط، فكل مكان لقياس الحرارة له درجة مختلفة، فلا يقال لما هو طبيعي في الفم أنه طبيعي للإبط.

وتقاس درجة حرارة الطفل دون ثلاثة أشـهر من العمر في الشرج فقط، وما بين ثلاثة أشـهر وأربع سـنوات يمكن قياس حرارة الشـرج، أو الأذن، ولا يعتمد على حرارة الإبط، وما هو فوق أربع سـنوات يمكن قياس درجة حرارة الفم، أو الأذن، أو الإبط، أيهما أيسـر. هناك العديد من موازين قياس الحرارة متوفرة بالأسـواق، يحرص المرء على الاسـتخدام الجيد

والمناسب منها، والمناسب لا يعني الأسهل البتة بل ما يعطي قراءة أدق، كما تشير الإرشادات الطبية، فمن الأنواع:

ميزان الحرارة الرقمي أو الإلكتروني : وهي أجهزة جيدة وتعطي قراءة سـريعة ودقيقة ومتوفرة بأسعار معقولة، وتستخدم لقياس حرارة الفم، أو الإبط، أو الشرج.

ميزان حرارة الأذن الرقمي أو الإلكتروني : ويقيس حـرارة طبلـة الأذن بدقـة وسـرعة وسهولة، وهو مناسـب للأطفال الكبار، لكن رابطة طب الأطفال الأميركية لا تنصح باستخدامه مطلقاً لصغار الأطفال وخاصة من هم دون ثلاثة أشهر من العمر.

الشريط البلاستيكي اللاصق : وهو ما يلصق بالجبين ولا ينصح به مطلقاً للأطفال في أي عمر.

ميزان الحرارة على هيئة المصاصة : ويتطلب البقاء في الفم وقتاً طويلاً لذا يصعب الاعتماد عليه.

ميزان الحرارة الزئبقي : كان شـيئاً يعتمد عليه ويسـتخدم في السـابق لأنه الوحيد المتوفر، لكن اليوم لا ينصـح به أسـوة بكل الأجهزة الطبية المحتوية على الزئبق لأنه ملوث بيئي، كما يجب التخلص من كل ما يحتوي على الزئبق في المنزل.

التشنج الحراري عند الأطفال



يتعرض بعض الأطفال الصغار في السن ما بين 3 شهور إلى 5 سنوات لحدوث تشنجات مع ارتفاع درجة حرارة الجسم، وهذه التشنجات تختلف عن تلك التي تحدث بسبب ارتفاع درجة الحرارة نتيجة التهاب سحائي، أو التهاب بالمخ، أو حمى التيفوئيد، أو الدسنتاريا الباسيلية. ويطلق على هذه التشنجات «التشنج الحراري». وهو مرض شائع بين الأطفال، ويحدث لـ 2-5 أطفال من كل 1000 طفل. ولا يوجد سبب واضح لذلك، ولكن يُعتقد أن مخ الطفل في هذه السن يكون غير كامل النمو، وبالتالي فهو حساس للارتفاع في درجة الحرارة،

فينتج عنه زيادة في كهرباء المخ وبالتالي تحدث التشنجات.

ومصـــدر الحرارة التي تسبب التشنج الحراري تكون في غالبية الحالات بسبب التهاب في الجهاز التنفسي العلوي كالتهاب اللوزتين والأذن والحلق، أو الإنفلونزا، أو النزلة المعوية، أو الالتهـاب الرئوي، أو بسـبب ارتفـاع درجة الحرارة الذي يحدث لبعض الأطفال بعد أخذ بعض التطعيمات مثل: الثلاثي، أو الحصـبة، أو حتى بسـبب ارتفاع درجـة حرارة الجو في الصيف شديد السخونة.

غالبـاً ما يحدث التشـنج في أول 24 سـاعة من الارتفاع المفاجئ فـي درجة الحرارة، وإذا حدث بعد ذلك، فيكون بسبب ارتفاع آخر مفاجئ في الحرارة، فمثلاً تكون درجة حرارة الطفـل فـي اليوم الأول والثاني 38 درجة، ثم ترتفع فجأة إلى 40 درجة، مع العلم بأن لدى 25 % من الأطفال يكون التشنج هو المقدمة لا رتفاع درجة الحرارة.

أنواع التشنج الحراري

يوضـح الدكتـور« ماهر أحمد خليفة» استشـاري طب الأطفال وأمراض مخ وأعصـاب الأطفال بمستشفى «باقدو» والدكتور «عرفان» الأستاذ المساعد لطب الأطفال بجامعة الملك سـعود سـابقاً، أنه لاختيار العلاج الأمثل والتحاليل المطلوبة وتحديد مسـتقبل المرض، يتم تقسيم التشنج الحراري إلى نوعين: نوع بسيط (نموذجي) ونوع مركب (لا نموذجي).

النـوع البسيـط (النموذجـي) : هو التشـنج الذي يحدث للطفل الـذي يتراوح عمره ما بين 5 شهور إلى 6 سنوات، وهذا التشنج يكون عاماً أي تشنجاً في جميع أجزاء الجسم وليس بجانـب واحد فقط، ومدتـه أقل من 15 دقيقـة، ويحدث مرة واحدة في اليـوم، ويكون تطور الطفل ونموه قبل التشـنج طبيعياً أي غير مصـاب بمرض بالأعصـاب، وكذلك بعد التشنج، كما يكون رسم المخ بين التشنجات طبيعياً.

النوع المركب (اللانموذجي) : هو التشنج الذي يحدث قبل 5 شهور، أو بعد 6 سنوات من العمر، ومدته أكثر من 15 دقيقة، ويحدث لجزء واحد من الجسم، ولمرتين أو أكثر خلال 24 ساعة، وقد يعقبه شلل، أو خلل في الأعصاب، ويكون بالطفل نقص في التطور، أو خلل في الأعصاب قبل التشنج الحراري.

ويتكـرر حدوث التشـنج الحـراري لدى الطفل بنسـبة تتراوح ما بيـن 30 % في الطفل

الطبيعي إلى 95 % في الطفل الذي لديه تاريخ تشنج حراري في العائلة، أو حدث له التشنج الحراري قبل عمر السنتين فترتفع النسبة إلى 50 %، وكذلك في التشنج المركب فترتفع النسبة إلى 45 ـ 50 %.

وهناك بعض الدراسات التي أجريت في بعض البلدان، تدل على ارتفاع نسبة تكرار التشنج الحراري في الأطفال المولودين لآباء أقارب.

كما أنه في بعض الحالات إذا ما حدث تشنج عند درجة حرارة منخفضة، فإن نسبة تكراره تكون أعلى من الأطفال الذين يتشنجون عند درجات حرارة عالية.

ويضيف الدكتور «ماهر خليفة» أنه كثيراً ما تخلط الأم بين التشنج والرعشة، أو الهلوسة بسبب ارتفاع الحرارة، ويتم التفريق بوضع العين أثناء هذا الحدث، حيث إن تقلب العين من علامات التشنج، أو حدوث تبول لاإرادي خلال النوبة، أو خروج البراز.

تساؤلات طبية

وهناك أسئلة عديدة يطرحها الآباء في هذا المجال:

- هل سيصاب الطفل بخلل في الذكاء، أو القدرة العقلية، أو تأخر التحصيل الدراسي بسبب التشنج الحراري؟

التشنج الحراري البسيط مهما كان عدد مرات تكراره لا يؤثر على نسبة الذكاء، أو التحصيل الدراسي، إلَّا أن بعض الدراسات تقول أن الطفل الذي يصاب بنوبة تشنج حراري مركب قبل سن 6 شهور ولمدة أطول من 30 دقيقة يكون معرضاً لنقص بسيط في الذكاء ولكن لا توجد أدلة مقنعة على ذلك.

- هل التشنج الحراري نوع من الصرع؟ أو أنه يؤدي إلى خلل في المخ والأعصاب؟

هذا أهم سؤال يدور بذهن الآباء، فنسبة الصرع في عامة الناس تتراوح من 1.5 ـ 1% ونسبة حدوثه في الأطفال المصابين بالتشنج الحراري تتراوح من 2 ـ 3% وهذه النسبة تزداد حسب نوعية التشنج الحراري مثل وجود تشنج مركب، ويزداد مع زيادة عدد العوامل المصاحبة للتشنج المركب، وكذلك وجود تاريخ عائلي للصرع، أو وجود خلل، أو عيب عصبي عند الطفل قبل حدوث التشنج الحراري، أو حدوث التشنج الحراري لطفل تحت سن 6 شهور.

ووفقاً لدراسات عديدة، لم يثبت وجود حالة وفاة واحدة بسبب التشنج الحراري.

كما لم تسجل حالات خلل بالمخ، عدا حدوث شلل نصفي مؤقت لمدة أقصاها 48 ساعة ثم يعود الطفل طبيعياً.

● متى يحتاج الطفل المُصاب بالتشنج الحراري لدخول المستشفى؟

غالباً لا يحتاج الطفل للنوم المستشفى، إلّا إذا كان الطبيب المعاين للحالة غير متأكد من التشخيص، أو أن هناك اشتباه بالتهاب الأغشية السحائية، أو حدث التشنج لأول مرة لطفل أقل من 18 شهراً، أو استمر التشنج أكثر من 20 دقيقة، أو بسبب هلع الوالدين وتوترهم لعدم تعودهم على منظر التشنج.

تُجرى للطفل المُصاب بالتشنج الحراري تحاليل روتينية، ونسبة سكر الدم، ونسبة الكالسيوم بالدم، وبذل السائل الشوكي.

● هل يجب إعطاء الطفل المُصاب بتشنج حراري دواء وقائياً لمدة معينة أم لا؟

في الغالب لا يحتاج الطفل لعلاج وقائي، ولكن يوجد حالات معينة مثل عدم مقدرة الأبوين على تحمل مشهد التشنج ولم يستطيعوا تفهم ماهية التشنج الحراري، أو أن الطفل يتشنج بطريقة متكررة مرة في الشهر مثلاً، أو لا يستطيع الآباء إحضار الطفل لأقرب مركز طبي. وهناك طريقتان لإعطاء الدواء:

1. الطريقة المتقطعة : وهي إعطاء مركب (الديازيبام)، في صورة شراب، عند النوم، أو كل 12 ساعة لمدة يومين، أو ثلاثة عند ارتفاع درجة الحرارة إلى 38.5 درجة، أو أكثر.

2. الطريقة المستمرة : وهي إعطاء مركب (الفينوبارتيال)، مرتين يومياً، لمدة سنتين ابتداءً من آخر تشنج، أو إذا وصل الطفل إلى سن 6 سنوات.

إن إعطاء الدواء الوقائي لا يمنع إصابة الطفل بالصرع، لذا جاءت فكرة العلاج المتقطع، حيث إنه يقلل من نسبة تكرار التشنج بصورة متكررة وقد يوقفه نهائياً.

تشخيص حالات التشنج الحراري

● متى يعمل بذل لسائل النخاع الشوكي للطفل المُصاب بالتشنج الحراري؟

إن أهم ما يجب على الطبيب عمله عند مواجهة أي طفل مصاب بالتشنج الحراري هو

استبعاد الاشتباه في التهاب الغشاء السحائي، أو التهاب بالمخ، ولذا فهناك بعض الحالات تستوجب هذه التحاليل مثل:

- إصابة الطفل وهو أقل من 18 شهراً، لصعوبة التعرف على علامات الالتهاب السحائي.
- إذا كان التشنج الحراري من النوع المركب.
- إذا كانت هناك أعراض أو علامات تشير إلى الاشتباه بالإصابة بالالتهاب السحائي.
- إذا كان الطفل عصبياً ومتوتراً أكثر من الطبيعي وعما كان عليه قبل حدوث التشنج.
- إذا استغرق الرجوع إلى الحالة الطبيعية وقتاً طويلاً بعد التشنج.
- إذا كان الإعياء والمرض يبدوان على الطفل المُصاب أكثر من المتوقع في مثل حالته.

كما يمكن عمل تخطيط كهربائي للمخ للطفل المُصاب بالتشنج الحراري، إذا كان التشنج من النوع المركب، أو إذا كان الطفل أصيب بأول تشنج في سن 4. أو 5 سنوات، حيث إنه ليس من الضروري أن يكون الرسم الكهربائي إجراء روتينياً في الحالات المصابة بالتشنج الحراري. وعند عمل الرسم الكهربائي يجب أن يكون بعد ثلاثة أسابيع من تاريخ آخر تشنج على الأقل.

نصائح للآباء عند إصابة الأبناء بالنوبة

إن مشاهدة الابن وهو يتشنج أمر مخيف ومرعب، وقد لا يحتمل الوالد أو الوالدة التعامل معه، ولذا ننصح بعمل الآتي:

- احتفظ بهدوء أعصابك.
- ضع الطفل في مكان آمن على بطنه ووجهه متجهاً على أحد الجوانب.
- أزح جميع الملابس الضيقة، خاصة الموجودة حول رقبته.
- أزل أي إفرازات من حول الفم.
- لا تحاول أن تضع يدك في فمه.
- لا تحاول أن توقف التشنج بيدك.
- عند ارتفاع درجة حرارة طفلك وقبل حدوث التشنج، ضعه في مكان بارد وقم بعمل

كمادات ماء فاتر وليس بالثلج لخفض درجة الحرارة.

. من المستحسن التدريب على كيفية قياس درجة حرارة الطفل، وكذلك مناقشة الطبيب عن كيفيه مواجهة التشنج وكيف تتعامل معه وكيف يمكنك وضع (الفاليوم المهدئ) عن طريق فتحة الشرج، كما يجب أن تعرض طفلك على طبيب أطفال إذا كان يتشنج لأول مرة لمعرفة السبب، أو إذا كان طفلك يُعاني من التشنج الحراري من النوع المركب، أو كان سبب ارتفاع درجة الحرارة غير معروف.

رشح الأطفال ثقيل



يعـد التهاب الأنـف والبلعوم من التهابات المجاري التنفسـية العلوية الفيروسـية عند الأطفال، وهو المرض الحاد الأكثر حدوثاً عند الأطفال، وأكثر سبب يراجع من أجله الأطفال طبيبهم.

يمكـن لبعض الأطفال أن يصـابوا بأكثر من خمس نزلات زكام خلال فصـل واحد من الشـتاء، مما يدعو الأهل للاعتقاد أن طفلهم لا يشـفى، أو أنه مريض دائماً، وهو مرض معد وسببه الكثير من الفيروسات.

ما هي أسباب الرشح عند الأطفال؟

هـو مرض فيروسـي، وأكثـر فيروس يسـبب الرشـح عند الأطفـال هـو الرينوفيرس rhinoviruses وتتواجد هذه الفيروسـات في كل مكان وفي الهواء، وكل الأشياء التي نلمسها،

وهناك أكثر من مئة نوع لهذا الفيروس، وهناك فيروسات كثيرة أخرى، ومن العوامل التي تؤهب لحدوث الرشح: الهواء الجاف، والتدخين من خلال إضعاف المناعة في الغشاء المخاطي للأنف.

وتعرض الطفل المُصاب بالرشح للدخان، قد يطيل المرض ويفاقمه نحو اختلاطات أخرى مثل: التهاب القصبات والتهاب الرئة. وأما المعتقدات التي تقول: إن خروج الشخص، أو الطفل من الحمام إلى الهواء، وتعرضه للبرد قد يسبب الرشح فهي غير صحيحة.

كيف يتظاهر الرشح عند الطفل؟

أول علامة على الرشح عند الطفل هي الشعور بحرقة في البلعوم، ثم يحدث سيلان الأنف وانسداده، والعطاس، وألم البلعوم، والسعال والصداع، وارتفاع خفيف في درجة حرارة الطفل، وبعض الإعياء، وألم العضلات، ونقص الشهية، ومن الطبيعي أن تتحول إفرازات الأنف في الرشح من رائقة إلى صفراء، أو خضراء.

هل هو مرض معدٍ؟

نعم وخاصة في الأيام الثلاثة الأولى منه، وبعض الحالات قد تبقى معدية لأسابيع، وتحدث العدوى بالتماس بين شخصين كالمصافحة، وبالرذاذ التنفسي عند العطاس والسعال.

كيف نقي أنفسنا منه؟

لا يوجد لقاح ضد الرشح، حتى الآن، وخاصة بسبب كثرة الفيروسات المسببة، ولكن يمكن للإجراءات التالية أن تحمي طفلك إلى حدٍ كبير:

1- أبعد الطفل عن المدخنين والمصابين بالرشح، ويمكن لفيروس الرشح أن ينتقل لمسافة ثلاثة أمتار بعد عطاس الشخص المصاب.

2 - اطلب من الطفل غسل يديه بشكل متكرر خاصة بعد تنظيف أنفه.

3 - اطلب من أطفالك تغطية الفم والأنف عند العطاس، أو السعال.

4 - لا تترك الأطفال يستخدمون نفس المناشف وأدوات الطعام خاصة في حالات الرشح.



5 – لا تترك الطفل يستخدم منديل طفل آخر.

لم تؤكد الأبحاث، حتى الآن: أن الفيتامين سـي، أو الزنك يمكن أن يقيا من الرشح، أو يحدان منه، وكذلك الأمر بالنسبة لأدوية الطب البديل مع قلة الأبحاث حولها عند الأطفال، لذلك لا تعط طفلك أيًّا من هذه الأدوية إلَّا بعد استشارة الطبيب.

كم سيستمر الرشح عند طفلي؟

تظهـر أعراض الرشـح بعد يومين إلـى ثلاثة أيام مـن تعرض الطفل للعـدوى، وأكثر الحالات تستمر من أسبوع إلى أسبوعين.

العلاج

الوقت لوحده كفيل بالشفاء من الرشح، ولا يمكن للأدوية أن تشفي الرشح ولكن تخفف من الأعراض المزعجة، كالصداع والاحتقان الأنفي، ويمكنك إعطاء الطفل الباراسيتامول، أو الإيبوبروفين لذلك، ولا ينصـح بإعطاء الأسـبرين للأطفال ممن هم دون 12 سنة لتجنب متلازمة «راي»، وأما مضادات الاحتقان الأنفية ففائدتها قليلة، وقد تسبب بعض الإهلاسات

والهياج وتسرع القلب عند الطفل خاصة دون السنتين من العمر.

نصائح

- قم بغسل أنف الطفل بمحلول السيروم الفيزيولوجي عدة مرات كل يوم.
- قم بترطيب غرفة الطفل بالبخار وتجنب الماء الساخن جداً.
- ادهن أنف الطفل من الخارج بدهون الفازلين لتخفيف التخريش.
- لا تعطى الأدوية المضادة للسعال إلَّا للأطفال ممن فوق الثلاث سنوات.
- يفيد الحمام خلال الرشح لتخفيف آلام العضلات.
- أكثر من السوائل في وجبات الطفل ولكن ليس من صنف الكولا، أو الكافئين التي تزيد إدرار البول.
- التزام الطفل الراحة قدر الإمكان.
- لن يقوم الطبيب بمحاولة معرفة أي من الفيروسات هو المسبب للمرض.
- قد يقوم الطبيب بإجراء مسحة للبلعوم لاستبعاد السبب الجرثومي للمرض.
- يجب مراجعة الطبيب إذا لم يتحسن الطفل خلال ثلاثة أيام مع استمرار الحرارة لاستبعاد التهاب الجيوب المرافق للرشح.
- يجب مراجعة الطبيب إذا لم يتحسن الطفل خلال أسبوع رغم غياب الحرارة لاستبعاد التهاب الأنف التحسسي.
- يجب مراجعة الطبيب إذا حدث لدى الطفل سعال مع صعوبة تنفس وأزيز لاستبعاد الربو.
- يجب مراجعة الطبيب:

إذا كان لدى الطفل سعال مستمر مع الكثير من القشع.

وإذا كان عند الطفل نعاس وميل للنوم.

وإذا نقصت كميات الرضعات عند الرضيع.

عند وصول درجة الحرارة لأكثر من 39 درجة خاصة عند الرضع.

عند ظهور ألم في الصدر، أو أعلى البطن.

ظهور عقد لمفاوية متضخمة في العنق.

شلل الحبال الصوتية



خلافاً لبعض أمراض الحنجرة الناتجة عن أسـباب ولادية، فإن شلل الحبال الصوتية «أو الأوتار الصـوتية» هو ضـمن مجموعة الاضـطرابات المكتسـبة التي يتراوح تأثيرها بين المعتدل، والخطر الذي يشـكل تهديداً للحياة. يحدث شـلل الحنجرة عندما يعجز الحبلان الصوتيان، أو أحدهما، عن الانتفاخ، أو الانغلاق بشكل طبيعي. فما هي الحبال الصوتية على وجه التحديد؟

الحبـال الصوتيـة «أو الأوتار الصوتية» : هي رزمتان من الألياف العضـلية الموجودة في الحنجرة «التي تسـمى: مجازياً صـندوق الصوت»، وتقع مباشـرة أعلى القصبة الهوائية الرغامي، أو المجاري الهوائية، والحبال الصوتية تولد الصوت عندما ينفث الهواء المحتبس في الرئتين، ويمر بالحبال الصوتية المغلقة، دافعاً إياها للاهتزاز «الارتجاج».

وعند عزوف الشـخص عن التكلم، تكون الحبال مشـرعة لتفسـح له المجال للتنفس. ويعاني من لديه شـلل في الحنجرة من صـعوبة البلـع، ومن السـعال؛ لأن الأطعمة والأغذية تتسرب إلى القصبة الهوائية والرئتين. يحدث هذا لأن الحبال المشلولة تبقى مفتوحة، تاركة ممر المجرى الهوائي دون حماية.

ما الذي يسبب شلل الحنجرة؟

لشـلل الحنجرة أسباب متعددة، منها: الصدمة الرأسية، أو إصابة الرقبة، أو سرطان الغدة الدرقية، أو الرئة، أو ورم ضـاغط على العصـب، أو التهاب ذو أصـل فيروسـي. لدى الأشـخاص المتقدمين في السـن، فإن شلل الحنجرة مشكلة شـائعة بالنسبة لهم، تؤثر على إنتاج الصوت. وقد يختبر هذا الشلل الأشخاص الذين يُعانون من مرض الباركنسون، والذين سبق وتعرضوا لجلطة، وفي حالات عديدة تبقى الأسباب غير معروفة.

ما هي أعراضه؟

يشهد المُصاب بشلل الحنجرة تغيرات غير طبيعية في الصوت، وفي نوعيته ومضايقات بسـبب تصـدع الحبال الصـوتية. فمثلاً إذا كان حبل واحد متضـرراً، كان الصـوت أجشـاً مبحوحاً. وقد يلحظ أيضـاً نقص في حجم الصـوت وانحدار في درجاته. وفي حال تضـرر الحبلين معاً، وإن بشـكل نادر، يتعرض الأشـخاص لصـعوبة في التنفس، نظراً لكون الممر الهوائي في القصبة مسدوداً.

كيف يشخَص؟

يشـخص شـلل الحنجرة عادة مـن قبل طبيـب الأنـف والأذن والحنجـرة، المختص بمعالجة اضـطرابات هذه الأعضاء، وبعد الاستعلام عن الأعراض التي يشعر بها المريض، يسـأل الطبيـب عن كيفيـة ظهور الأعراض ومنذ متى ابتـدأت، لمحاولة تبيان السـبب. ثم يسـتمع الطبيب إلى صـوت المريض لتمييز التنفس وخشونة الصـوت. بعدها ينظر مباشرة إلى الحبال الصـوتية في داخل الحنجرة، عبر منظار وهو أنبوب يتصـل بضـوء في نهايته. ويسـتطيع اختصاصـي النطق واللغـة كذلك الاستقصـاء عن هذه الحالة باسـتخدام جهاز



acoustie spectrograph وهو جهاز يقيس ترددات الأصـوات ووضـوحها، في سـبيل دراسـة صوت المريض وتصنيفه بين قوته وضعفه.

كيف تتم معالجته؟

توجـد طرق متعددة لمعالجة شـلل الحنجرة، مـن بينها الجانـب الجراحي، والجانب العلاجي. في بعض الحالات يسـتعاد الصـوت بشـكل مفاجئ، دون تدخل علاجي في السنة الأولى التي تلي الإصـابة. لهذا السـبب يؤجل الأطباء اتخاذ القرار بالجراحة التصـحيحية لمدة سنة، حتى يتأكدوا من عدم الشفاء المفاجئ والعودة إلى الحالة الطبيعية.

خـلال هذه المرحلة، يكون الحـل المقترح هو العلاج الطبي الذي قد يتضـمن تمارين تعمـل على تقوية الحبال الصـوتية، أو تمكن التحكـم بالتنفس أثناء التكلم. أحياناً يضـطر اختصاصـي النطـق أن يلقـن المريض أسـاليب مختلفة فـي التحدث، كأن يكـون بطيئاً، أو يتحدث ملء فمه بشكل واسع.

أمـا الجراحـة فترتكز على إضـافة حاجز للحبل المشـلول، أو تغيير موقعه. ولإضـافة الحاجـز، يحقـن الطبيب فـي الحبل المصـاب، مادة هي علـى الأرجح الـ Teflon . المواد الأخرى المستعملة كذلك Gd collagen وهو بروتين تركيبي، والسيليكون، وهو مادة تجميلية، والدهن الذي في الجسم.

الحاجز الموضوع يضيق المسافة بين الحبلين، حتى يتمكن الحبل السليم من الاقتراب من الحبل الآخر المتضـرر ومساندته لتحسين الأداء في الصوت. أحياناً، العملية التي تنقل بشـكل دائم الحبل قريباً من وسـط المجرى الهوائي، قد تعمل على تحسين الصوت، إضافة إلى أن هذه العملية تسـمح للحبل السـليم أن يجري أفضل اتصال بالحبل المجاور لتحصيل نتيجة أفضـل. وإضـافة حاجز للحبل الصـوتي أو نقل موقعه من شـأنهما تحسـين الصوت وحركـة البلع معاً. وبعد هاتين العمليتين، يسـتطيع المريض اسـتكمال علاج الصـوت الذي يحافظ على رهافته وتناغمه.

أما معالجة الأشخاص الذين يُعانون من تضرر الحبلين فيتطلّب إجراء جراحي يدعى: traches ، حيـث يحدث الطبيب شـقًّا في الجهة الأمامية للعنـق، ويدخل أنبوباً للتنفس داخل ثقب يسمى: stoma ، إلى داخل القصبة الهوائية. هكذا يبدأ المريض بالتنفس من خلال هذا الأنبوب بدل التنفس من الأنف والفم. واسـتتباعاً للعملية قد يحتاج المريض علاجاً يشـرف عليه اختصاصي النطق واللغة لتعلم كيفية الاعتناء بالأنبوب وإعادة استخدام الصوت.

ما مضمون الأبحاث الجارية؟

دعم المعهد الوطني للصـم واضطرابات التواصل الأخرى NIDCD دراسات وأبحاث، قد تساعد في توفير إجراءات عيادية جديدة لتشخيص شلل الحبال الصوتية. فمثلاً تم تطوير برنامج معين للحاسـوب باستطاعته وصـف مظاهر مهمة من الوضع الصحي للحنجرة من خلال تحليل الأصوات التي تصدرها. فعبر قياس تماوجات حركات الصوت غير المستقرة، يمكّن هذا البرنامج الأطباء والعيادات المعالجة من ربط هذه القياسات بالدراسات عن سوء استخدام الصوت، وتشخيص الاضطرابات مثل الشلل العضلي وفقدان الأنسجة. لكن بشكل عام، فإن علاج الحبلين المتهتكين الذي يطال القصـبة الهوائية، قد يؤدي إلى مشـاكل في صـناعة الصوت، وإضـعاف الحماية على الرئتين. وتشير دراسات حديثة إلى إمكانية إعادة تأهيل الحنجرة باسـتخدام حوافز كهربائية لاسـتثارة ردات الفعل لدى العضلات المشلولة التي تعمل على فتح الممرات الهوائية أثناء التنفس.

الإنفلونزا زائر ثقيل كل شتاء



مع تغير الطقس والاختلاف الواضح بين درجتي الحرارة النهارية والليلية يصاب الكثير من الأشخاص بالإنفلونزا، أو الكريب، وقد تصل نسبة الإصابة في بعض العائلات لحدود 70-100% من أفرادها.

ويعود ذلك لعدم اتباع الوقاية الضرورية في هذا النوع من الأمراض، مما يسهم إلى حد كبير في انتشاره في مجتمعنا الذي يُعاني الكثير من العادات السيئة، التي لا يتنبَّه لضررها، ومنها على سبيل المثال: عادة التقبيل خلال تلاقي الأصدقاء والتي تنتشر بين الرجال مثلما تنتشر بين النساء، وكذلك الازدحام الذي يحدث في أماكن العمل والمدارس والجامعات.

وأخطرها دور العبادة، حيث يرتادها المرضى متناسين القاعدة الشرعية التي وردت على لسان الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم: «**ليس على المريض حرج**» وكذلك الحديث الشريف: «**لا ضرر ولا ضرار**» والذي يمكن أن يفهم منه حرمة ارتياد المرضى المصابين بالأمراض المعدية للمساجد، باعتبار أنهم يجلبون الضرر لمن يجاورهم خلال الصلاة من خلال سعالهم وعطاسهم في بيئة محدودة، تعج غالباً بالمصلين الأصحاء وهم المرشحون لاكتساب العدوى، التي ينفثها المصلي المريض لينقلوها بدورهم إلى أفراد عائلتهم وإلى زملائهم مساهمين في ذلك باستمرار سريان المرض.

حول هذا الزائر الثقيل الذي يصافحنا كل شتاء يقول الدكتور «أنس عبد الرزاق ناعم» أستاذ الأمراض الداخلية والصدرية في كلية الطب في سوريا: ينجم الكريب، أو الإنفلونزا عن الإصابة بأحد نوعين من الحمات الراشحة، وهما: حمة الإنفلونزا «أ» وحمة الإنفلونزا «ب».

وعادة تبدأ وافدات الإنفلونزا «أ» من مطلع شهر أكتوبر وتصل إلى الذروة في مطلع شهر ديسمبر، ثم تبدأ بعدها بالتراجع، حتى تكاد تزول في مطلع شهر فبراير، أما وافدات الإصابة بفيروس الإنفلونزا «ب»، فتبدأ من مطلع شهر ديسمبر وتزداد تدريجياً لتبلغ حداً تحافظ عليه، حتى نهاية الربيع تقريباً، وتوصف العدوى بأنها شديدة الانتشار، حيث تتم من خلال القطيرات التي ينفثها المريض خلال عطاسه، أو سعاله.

وقد قدر عدد الحمات الراشحة التي تحملها القطيرة الواحدة بحوالي مليون حمة، قادرة على إحداث العدوى لدى مرورها للجهاز التنفسي للمجاورين الأصحاء، حيث تبدأ فترة حضانة المرض التي تبلغ 18-72 ساعة يصبح بعدها المريض معدياً، وتظهر لديه أعراض المرض المعروفة والتي تتضمن: الحمى والصداع والآلام العضلية والسعال الجاف وسيلان الأنف واحتقان العينين.

وفي الحالة الطبيعية، فإن بطانة القصبات الرئوية تحتوي على الملايين من الأهداب الدقيقة والتي تقوم بعملية كنس وتنظيف مستمر للمفرزات القصبية بدون أن يشعر الإنسان الصحيح الجسم، وقد بينت الدراسات المجراة بالمجهر الإلكتروني: أن غالبية هذه الأهداب تزول لدى الإصابة بالإنفلونزا، مما يؤهب لركودة المفرزات القصبية، وفي غياب الاختلاطات، فإن ترميم البشرة القصبية المصابة وعودة الأهداب يتطلب عادة حوالي

سبعة أيام تبقى خلالها القصبات عرضة للإصابة بالالتهاب بجراثيم متنوعة.

مضاعفات

من الطبيعي أن الأطفال الرُّضَّـع وكبار السن، والمرضى المصابين بالآفات القلبية، أو الرئوية، والمصـابين بنقص المناعة، ومنهم مرضـى السـكري، والمصابين بأمراض الدم يُعانـون أكثر مـن غيرهم من تظاهرات المرضـ، وهم أكثر عرضـة لاختلاطاته التي يمكن تصنيفها في قسمين:

- الأول : يضم الاختلاطات الرئوية وهي:

. داء الضائقة التنفسية عند الرضع.

. داء الرئة الفيروسية البدئية.

. داء الرئة الجرثومية الثانوية.

- والثاني : يضم الاختلاطات خارج الرئوية منها ما هي شائعة مثل:

. التهاب الجيوب الجرثومي.

. التهاب اللوزات القيحي.

. التهاب الأذن الوسطى الجرثومي.

ومنها ما هي لحسن الحظ نادرة جدا وتتضمن:

. التهـاب العضـلات خاصـة عند الأطفال وبصـورة خاصـة فـي الإنفلونـزا باعتلال الدماغ.

. متلازمة راي : حيث يصـاب المريض بالغثيان والإقياء والخبل الذي قد يصـل إلى درجة فقد الوعي ويحدث خاصة في الأطفال، وخصوصاً لدى تعاطي الأسبرين.

. متلازمة غيلان باريه : والتي يحدث فيها شـلل عصـبي محيطي مع إمكانية إصابة عضلات التنفس.

وتنجـم الوفيـات التي تحدث فـي سـياق الإنفلونزا غالباً عـن ذات الرئـة الجرثومية الثانويـة، أو عن تطور حدوث قصـور العضـلة القلبيـة، وعادة، فإن أكثر مـن 90 % من هذه الوفيات تحدث لدى المصابين الذين تتجاوز أعمارهم 65 سنة، ويمكن أن نلاحظ كثرة خيم التعازي في الفترة التي تصل فيها جائحة الكريب إلى الذروة.

وغالباً ما تعزى الوفاة إلى تدهور مترقي وغير قابل للتراجع في الوضع الصحي لمريض مصـاب أصـلاً بمرض قلبي، أو رئـوي مثـلاً دون أن يتذكر من هم في محيـط المريض أن الشـرارة الأولى لهـذا التدهور المفاجىء كانت عبارة عن هجمـة الإنفلونزا التي حدثت قبل أسبوع، أو أكثر من هذا التدهور.

التشخيص سهل

لا يحتاج التشـخيص عادة للكثير من الإجراءات، ويكفي أن نضـع في الأذهان أعراض المرض التي سـبق ذكرها، وخصوصـاً الحمى التي لا يوجد بالفحص السَّريري ما يفسرها، مع احتقان البلعوم وخشونة الأصوات التنفسية، وذلك بوجود قصة جائحة الكريب مع إصابة أكثر من فرد في العائلة الواحدة، ولا يتطلب الأمر أي فحص مخبري، أو شعاعي، إلَّا في حال الشك بحدوث أحد الاختلاطات المذكورة للكريب.

إنما قد تجرى بعض الفحوصـات المخبرية المعقدة كاسـتنبات الحمات الراشـحة في مسـحة البلعوم وعيار الأضـداد المصـلية لحمات الإنفلونزا، وهذه الفحوصات تجرى عادة فـي المراكز الصـحية العالمية بهدف معرفـة أنماط حمة الكريب التي سـببت الجائحة، أو لدى الشـك بوجود أنماط أخرى من جائحات الإنتانات الحموية الغامضة والفتاكة كإنفلونزا الطيور والسارس على سبيل المثال.

العلاج

لا تسـتوجب الحالات الخفيفة والمتوسطة الشدة زيارة الطبيب، وخصوصاً المصابين الأصحاء الذين ليس لديهم سوابق مرضية قلبية، أو رئوية، أو دموية، ويكفي عادة الراحة في المنزل، وتناول السوائل الدافئة، ومضادات السعال، وخافضات الحرارة مع تجنب الأسبرين خصوصاً بالنسبة للمرضى الذين تتراوح أعمارهم من 6 أشهر وحتى 18 سنة (خشية حدوث متلازمة راي).

إنمـا ينصـح بمراجعـة الطبيب لـدى ظهـور الأعراض التـي توحي بحـدوث اختلاط ما كظهور ضـيق النفس، واسـتمرار الحمـى العالية الدرجة (أكثر من 40) وخصوصـاً عند



المسنين والرضع الذين سرعان ما يصابون بالتجفاف، وكذلك السعال مع تقشع مصفر، أو خروج دم مع القشع، أو صفير صدري خصوصاً لدى مرضى الربو، أو حدوث آلام صدرية، أو آلام جبهية، أو آلام بلعومية شديدة.

وتتوفر في الدول الغربية علاجات عديدة تطبق فقط لدى المرضى المسنين، والمرضى ذوي الخطورة العالية، منها ما يعطى بطريق الفم ومنها ما يعطى استنشاقاً، وهذه العلاجات يجب أن تعطى بشكل مبكر في سياق المرض كي تكون فعالة.

الوقاية

تبقى الوقاية دوماً أفضل من العلاج، وتتم عادة بالابتعاد قدر الإمكان عن المرضى وأدواتهم، ونبذ العادات السيئة التي سبق الحديث عنها، ويمكن أن تعطى الأدوية العلاجية نفسها المذكورة أعلاه بشكل وقائي للمرضى المسنين وذوي الخطورة العالية لدى ظهور جائحة الإنفلونزا، ويبقى لقاح الكريب وسيلة فعالة إلى حد ما، وثمة نوعان من هذا اللقاح:

الأول : يصنع من عدة سنوات ويتم تحضيره سنوياً من ذراري فيروسات الإنفلونزا (أ

و ب) الميتة المستنبتة في آح البيض والتي سبق أن أحدثت جائحة للإنفلونزا خلال العام الذي يصنع فيه اللقاح، ويعطى في شهر سبتمبر بشكل حقنة واحدة تحت الجلد، أو في العضل بغية إحداث وقاية من الكريب خلال العام التالي، حيث تكاد تصل نسبة هذه الوقاية لحوالي 70 %.

ويتطلب تشكل الأضداد اللازمة للتمنيع مرور حوالي أربعة أسابيع بعد الحقن، وهذا اللقاح يعطى عادة للمسنين والمصابين بالأمراض المزمنة التي سبق ذكرها، وليس له أي محاذير باستثناء حدوث التحسس لدى المصابين بالتحسس للبيض باعتبار أنه يستنبت - كما ذكرنا - في آح البيض، وقد دأبت منذ عدة سنوات على إعطاء هذا اللقاح لمجموعات المرضى ذوي الخطورة العالية وخصوصاً مرضى الربو والتوسع القصبي والقصور التنفسي والتليف الرئوي والتهاب القصبات المزمن ومرضى القلب.

اللقاح الثاني : يتم إنتاجه منذ عام 2003 وهو مصنع من ذراري فيروسات الإنفلونزا المضعفة ويعطى فقط للأشخاص الأصحاء الذين تتراوح أعمارهم من 5 - 49 سنة والذين لا يتوقع أن تحدث لديهم اختلاطات نتيجة الإنفلونزا.

الأطفال في موسم الإنفلونزا



حينما يبدأ الطفل بالسعال، أو ترتفع درجة حرارته، أو يشتكي من صعوبة في البلع إن كان قادراً على الإفصاح عن ذلك، يتبادر سؤال لدى كل منا: هل هي نزلة برد أم هي إنفلونزا منتشرة؟ فهناك فارق بينهما من ناحية السبب وكذلك في العلاج.

ظهور أعراض الإنفلونزا يبدأ بشكل مفاجئ بخلاف نزلات البرد التي تأخذ وقتاً أطول نسبياً في الظهور، وتكون الحرارة أعلى في حالات الإنفلونزا، والطفل بشكل عام يبدو عليه إنهاك المرض بصفة أوضح، كما أن السعال يكون جافاً وأقل مما هو في حالات البرد، لكن ألم الحلق أشد والشكوى من الصداع أكثر، وشهيته للأكل أقل، ويشكو كثيراً من ألم العظام والمفاصل، كما أن ارتفاع درجة الحرارة يحصل بصحبة رجفة، أو رعدة. وهذه العلامات الفارقة هي أمور تقريبية لكنها تميز بينهما.

الإنفلونزا مرض يصيب الكبار والصغار في جميع الأعمار، وكذلك كِلا الجنسين،

ومسـببه فيروس مُعد ينتقل من مريض إلى سـليم، وبشـكل عام فإن ما بيـن 10 إلى 20 في المائة من الناس يصابون سنوياً به، بعضهم يُعاني منه الأمرَّين، كما يقال، والغالب هو زوال العرض المرضي في خلال أيام. بعض الناس عرضة للإصابة بشكل يفوق غيرهم، كما أنهم عرضة للمعاناة بصفة أشد في حالاته، فالأطفال ما بين سن ستة أشهر وأقل من سنة، وكبار السن ممن تجاوزوا الخامسة والستين، والنساء أثناء فترة الحمل، أو من يُعانون من أمراض مزمنة في أي سن كانوا هم عرضة بشكل أكبر للإصابة والتأثر.

الأعراض العامة للإنفلونزا تتألف من مجموعة من الأمور التي تطال أماكن متفرقة في الجسـم وإن كانت تتركز في الجهاز التنفسـي العلوي. فارتفاع درجة حرارة الجسم والسعال وألم الحلق وسيلان الأنف إضافة إلى آلام العضلات والمفاصل، مع الشعور بالإنهاك والتعب والصداع وقلة شهية الأكل، كلها أو بعضها قد تصاحب حالة الإنفلونزا.

لقاح الإنفلونزا

تجنب الإصابة له طريق واحد شبه مضمون، وهو أخذ اللقاح الخاص بالإنفلونزا، سواء مـا كان عبر بخـاخ الأنف، أو الإبـرة تحت الجلد، وذلك قبـل بدء موسـم الإنفلونزا. ويعمل اللقاح ببسـاطة على تحفيز جهاز مناعة الجسم لإنتاج الجسم المضاد الذي يسري في الدم ليقاوم محاولات دخول الفيروس إلى الجسـم، وهو لقاح مأمون بشكل عام للأطفال الصغار والنسـاء الحوامل، أو المرضعات، وكذلك للمتقدمين في العمر. الحالات التي يتجنب المرء أخـذ اللقـاح فيها محدودة جداً مثل من لديهم حساسـية من البيض، أو سـبق أن أبدوا عند أخذ اللقاح تفاعلاً من الحساسية، أو أعراض مرضية أخرى. لكن اللقاح ببخاخ الأنف والذي يختلـف عن الإبرة مـن ناحية أن تركيبته هو «فيروس مُضـعّف» بخلاف الإبـرة التي تحتوي فيروسـاً ميتاً، مما يفرض الحذر من تناول لقاح البخاخ عند بعض الناس، فالأطفال ما دون سن الخامسة والبالغون ممن تجاوزوا الخمسين، ومن يُعانون من مشاكل صحية مزمنة ومن لديهم ضعف في مناعة الجسم، والحوامل، فإنه يجب عليهم أخذ الإبرة دون البخاخ.

وممـا يهـم ذكـره أن التطعيم لا يعني الحماية بنسـبة 100 %. والسـبب أن فيروسـات الإنفلونزا عديدة جداً واللقاح يتغير سـنوياً بحسـب ما تدل الدراسات والفحوصات السنوية

علـى أي نـوع منهـا، أي ما هـي الأنواع التي انتشـرت في العام الماضـي، فتحتـوي الجرعة الواحدة من اللقاح على ثلاثة لقاحات لثلاثة أنواع من فيروسات الأنفلونزا التي من المحتمل انتشارها في هذا العام مثلاً.

لذا، فإن الدراسات تشير إلى أن اللقاح ناجح بنسبة تتراوح ما بين 70 إلى 90 % في وقاية من هم دون سـن 65 سـنة، لكن النسبة تقل لدى من هم أكبر. لكن الملاحظ أن الإنفلونزا لو أصابت الإنسان وهو قد تلقى اللقاح، فإنها ستكون أخف علية وطأة وأقل عرضة للمضاعفات. والعـلاج هو الراحة التامة، والإكثار من تناول السـوائل، وتناول الأدوية الخافضـة للحرارة، غير الأسبرين خاصة في الأطفال دون سن الثانية عشرة.

ملاحظـة المضـاعفات خاصـة الالتهابـات البكتيرية مهم، حتى يتم وصـف المضـاد الحيوي المناسـب إن وجدت، أو استمرار الأعراض، خاصـة الحرارة لعدة أيام دونما زوال، أو غيرها.

التهاب الحلق، أو اللوزتين يسبب حدوث الحمى الروماتيزمية



قد يَخْفَى على البعض أن التهاب الحلق، أو اللوزتين البسيط في أعراضه، قد يؤدي إلى إصابة القلب بالكثير من المتاعب، إن لم يتم علاجه بطريقة فعالة، فالحمى الروماتيزمية ما هــي إلَّا انتكاس مناعي قد يلي التهاب الحلق، أو اللوزتين بجرثومة بكتيرية تدعى: المكورات السبحية streptococci .

تبـدأ أعراض الحمى الروماتيزمية عادة بعد أسـبوعين إلى ثلاثة أسـابيع من التهاب الحلـق، أو اللوزتيـن، وقـد تحدث في بعضـ الأحيان بعد أسـبوع واحد، وتتسـبب في ارتفاع شـديد في درجة الحرارة تصـاحبه آلام والتهاب في بعض المفاصل، فتغدو حمراء منتفخة وسـاخنة ومؤلمة عند الحركة، وعادة ما تختفي علامات الالتهاب خلال أربعة وعشـرين إلى ثماني وأربعين ساعة من بدء العلاج، أما في حال عدم أخذ العلاج فينتقل الالتهاب ليصيب



مفاصل أخرى.

وأكثر المفاصل إصابة هي مفصل الرسغين والمرفقين والركبتين والكاحلين، ونادراً ما تصاب مفاصل أصابع اليدين والقدمين بالالتهاب، وإذا كانت نوبة الحمى الروماتيزمية خفيفة فقد لا تظهر أية أعراض على المُصاب تشير إلى إصابة عضلة القلب، لذا قد تمر الحالة دون تشخيص، أما في حال حدوث نوبة شديدة فتكون الأعراض أكثر وضوحاً، وقد يصاب المريض بضيق في التنفس عند بذل الجهد، أو عند استلقائه على ظهره، وقد يصاب بتورم الساقين، وسرعة نبضات القلب، كما ويبدو المريض شاحباً ومتعرقاً.

إن عدم علاج نوبة الحمى الروماتيزمية المتكررة قد يؤدي إلى ازدياد خطر الإصابة في صمامات القلب، حيث يحدث تليف في الصمامات فتزداد سماكتها، مما يؤدي إلى حدوث تضيق، أو تسريب فيها. وفي الدول الغربية تحدث إصابة الصمامات بعد سنوات عديدة من نوبة الحمى الروماتيزمية، أما في الدول النامية فتحدث إصابة القلب بصورة مبكرة جداً. وتصيب الحمى الروماتيزمية الأطفال بين عمر الخامسة والخامسة عشرة وتعتبر أكثر إصابات القلب المكتسبة عند الأطفال واليافعين شيوعاً، وتعد سبباً رئيساً من أسباب الوفاة بأمراض القلب في الدول النامية، وتشير الإحصاءات إلى أن ثلاثة من كل ألف طفل يصاب

بالحمى الروماتيزمية في العالم العربي، في حين تصيب خمسة أطفال من كل مائة ألف طفل في الولايات المتحدة وأوروبا.

من الصعب التفرقة بين التهاب الحلق الفيروسي والالتهاب البكتيري، ومن المعروف أن معظم حالات التهاب الحلق سببه الفيروسات ولكن 10 ـ 20 % من هذه الحالات قد تحدث بسبب التهاب بكتيريا المكورات السبحية streptococci ، وهنالك أعراض قد تساعد في التفريق بينهما، كحدوث الألم فجأة في الحلق، والصداع وارتفاع درجة الحرارة، وقد يصاحبه ألم في البطن وغثيان وقيء ووجود صديد على اللوزتين، وتورم بعض العقد اللمفاوية في الرقبة، كلها أعراض ترجح الالتهاب البكتيري الجرثومي للحلق واللوزتين. ويتم تشخيص المرض بأخذ مسحة من الحلق واللوزتين وعمل مزرعة لها للتأكد من وجود البكتيريا المسببة للمرض، كما وهنالك فحص دم خاص يمكن من خلاله معرفة إن كانت هنالك إصابة بالمكورات السبحية، وقياس سرعة ترسب الدم ESR الذي عادة ما يكون مرتفعاً.

وفي حال كانت نتيجة المزرعة إيجابيّة، يتم علاج الحمى الروماتيزمية بالراحة التامة في الفراش إلى أن تختفي أعراض الحمى تماماً، كأن يعود معدل نبضات القلب ودرجة الحرارة إلى المعدل الطبيعي، وعودة نسبة ترسب الدم ESR إلى المؤشر الطبيعي، وذلك بإعطاء المريض المضاد الحيوي لمدة عشرة أيام، وما زال البنسلين هو العلاج الأمثل لهذه الحالات، وتعطى المريض حبوب الأسبرين وإن احتاج الأمر قد يصف الطبيب علاج الكورتيزون، وفي حال إصابة المريض بحساسية ضد البنسلين، يمكن استخدام الأيرثرومايسن لنفس المدة، حتى لو زالت الأعراض خلال الأيام الأولى من بدء العلاج.

أما كيفية منع تكرار الإصابة بالحمى الروماتيزمية ومنع تطور الإصابة بأمراض صمامات القلب، فإن الطريقة المثلى للوقاية هي بتناول البنسلين benzathin penicillin كحقنة في العضل مرة كل ثلاثة إلى أربعة أسابيع، أو الإيرثرومايثن erythromycin عن طريق الفم لمن لديه حساسية ضد البنسلين، ولكن استخدام الحبوب لسنوات يعتبر أقل فاعلية في الوقاية من نوبات التهابات الحلق البكتيرية.

ويستمر إعطاء البنسلين على حسب حال ووضع القلب للمريض، ففي حال وجود إصابة قلبية قد يستلزم الأمر تناول الحقن إلى سن الثلاثين، أو الخامسة والثلاثين، وهذا ما

اختلف عليه العلماء.

أما في حال عدم وجود إصابة في صمامات القلب فيعطى البنسلين كل ثلاثة إلى أربعة أسـابيع لمدة خمس سـنوات بعد أول نوبة، أو حتى يبلغ المُصاب سن العشرين، ومن الأفضل أن يقـرر الطبيـب المعالج تلك المدة الزمنيـة تبعاً لحالة المريض ومدى اسـتجابته للعلاج والمتابعة الطبية.

عضة البرد قد تعيق حركة الأصابع عند الأطفال



في أوج فصل الشتاء يتميز الجو بشدة البرودة، وإصابات البرد كثيرة ومنها عضة البرد، ومع أنها ليست شائعة، ولكنها قد تحدث وخاصة في المناطق الشمالية.

تحدث عضة البرد عندما تتعرض الأنسجة الرخوة لدرجة حرارة تتراوح بين (4- و -2) درجة مئوية، فعندما تكون حرارة الوسط المحيط منخفضة جداً وسرعة الرياح الباردة كبيرة يؤدي ذلك إلى حدوث عضة البرد. إن حرارة الأنسجة تتأثر بحال الدوران وبشدة البرد، وتحدث الإصابة بالبرد عندما تتجمد الأنسجة ثم تدفأ ثم تعود لتجمد «لسبب ما» مرة ثانية.

فغالباً ما تصيب عضة البرد الأجزاء القاصية الفقيرة التروية نسبياً من الجسم مثل: نهايات الأصابع والأباخس (ما بين الأصابع وأصولها) والأنف وصيوان الأذن، أما عند الأطفال فتتعرض المناطق ذات القدرة الفقيرة على توليد الحرارة والعزل مثل: الخدين

والذقن لخطر الإصابة بعضة البرد بنسبة كبيرة، وعلى كل حال يمكن لأية منطقة من الجسم تعرضت للبرودة لفترة متطاولة أن تتأثر وتصاب بعضة البرد.

الأعراض:

في البداية تتظاهر عضـة البرد بإحسـاس بالبرد مؤلم وبشحوب الجلد، ومن ثم يشعر المريض بالنمل (التخدير) بينما تغدو المنطقة المصابة قاسية وبيضاء وشمعية. يبدو الجلد الذي أصـيب بعضة البرد عميقاً قاسـياً، وذا لون أبيض مصفر مُشَرّب بلون أزرق باهت، أما الجلد الذي أصيب بعضة برد سطحية فهو يبدو قاسياً ولكنه ينبعج ويغور للأسفل تحت تأثير الضـغط، يُعاني كل المرضـى من اضطراب حسـي «اللمس»، الألم، الحرارة ضمن المنطقة المصابة، وقد يمتد هذا الاضطراب إلى مناطق بعيدة بالنسبة لموضع العضة.

العلاج:

إن الهـدف مـن العلاج هو منـع المزيد من الأذية النسـيجية، وهو أمـر يمكن تحقيقه بإعـادة التدفئة السـريعة، فعـادة يدفأ الجزء المتجمـد بغمره بالماء الحـار .37-42، درجة مئوية. إن استخدام ماء أسخن من ذلك قد يسبب الحروق.

يجب اسـتخدام الدوامـة المائية «دوران الماء الحار» والتي تـؤدي إلى إنقاذ الأطراف المصـابة بعضـة البرد، حيث ينقص الزمن اللازم للتدفئة، كما يجـب مراقبة الماء بدقة، حيث يضـاف الماء الدافئ عندما يبرد الماء، نحتاج عادة إلى التدفئة لمدة 30 - 45 دقيقة، وبعدها يسحب الطرف من الماء، وتنتهي هذه العملية عندما تغدو المنطقة المصابة طرية، ويتحـول لونها للأحمر الأرجواني، ويبدأ الإحسـاس بالعودة إليها. قـد يُعاني الطفل من آلام شديدة في المراحل الأخيرة من التدفئة ويتطلب ذلك إعطاؤه مسكنات وريدياً.

أحياناً بعد انتهاء التدفئة يحدث وجود حويصـلات متمزقة، والتي تحتاج إلى تغطيتها بمراهـم مضـادات حيوية وتضـميدها بضـمادات ثقيلـة ومعقمة، كما يجب وضـع قطع من القطن بين الأصابع، أو الأباخس المصابة، إذا كانت الإصابة شديدة قد يحتاج المريض إلى مضادات حيوية بالوريد.

وفي حالات فريدة قد يصاب الطفل بإعاقة حركة الأصابع، مما يتوجب إجراء عمليات تجميلية مبكرة.

العناية بصحة فم وأسنان الأطفال



إن الحفاظ على صحة الأسنان اللبنية هو المفتاح لصحة الأسنان الدائمة، حيث إنها تحفظ مكان الأسنان الدائمة بالفكين. فإذا فُقِدَ سن من الأسنان اللبنية بسبب التسوس، فمن الممكن أن يظهر السن الدائم مائلاً بزاوية تسبب ازدحام وتراكم الأسنان الدائمة. وقد يؤثر هذا على طريقة النطق، والمضغ، واستخدام اللسان عند الأطفال.

الطبقة الجرثومية (البلاك)

وهي عبارة عن ترسبات لزجة ولاصقة لا لون لها، وتنتج من امتزاج الجراثيم (البكتيريا) باللعاب وبقايا الطعام والسوائل التي تتجمع على الأسنان، وخاصة في مناطق التقاء اللثة مع

الأسنان. تبدأ هذه الطبقة بالترسب على الأسنان خلال عشرين دقيقة بعد استخدام فرشاة الأســنان، ومن هنا تأتي أهمية تنظيف الأســنان مرتين يومياً على الأقل، وكذلك اســتخدام الخيط الســني مرة واحدة على الأقل، وذلك لإزالة هذه الطبقة حال تشكلها. وفي حالة عدم إزالة طبقة البلاك فمن الممكن أن تتصلب (تتكلس) وتتحول إلى ما يسمى بالجير، وعندها تصبح هذه الترسبات متماسكة جداً وملتصقة بقوة على سطح السن، ولا يمكن إزالتها إلّا بواسطة أدوات خاصة عند طبيب الأسنان، أو أخصائي صحة الفم والأسنان. إن تَشَكل الجير يزيد من سرعة ترسب البكتيريا، ويعيق إزالتها بواسطة الفرشاة والخيط السني.

تسوس أسنان الأطفال الرضع:

إن من أخطر أنواع التســوس هو ذلك التســوس الذي يصيب الطفل الرضيع الذي تلجأ أمه إلى إرضاعه بواسطة الزجاجة، حيث تتعرض أسنان الطفل للسوائل الحاوية على السكر لفترات طويلة ومتكررة في اليوم، ويكون الخطر على أشــده حين تضع الأم طفلها في سريره لينــام أثنــاء الليل، أو النهار مــع بقاء الزجاجة في فمــه، ففي هذه الحالة، فــإن الأم تعطي للجراثيم الفرصــة المناسبة لمهاجمة أسنان طفلها من كل الجهات؛ لأن هذه الأسنان تكون محاطة بشــكل كامل بالسوائل الســكرية. ويعتبر هذا النوع من التسوس سريع التطور ويؤدي إلى تلف جميع الأســنان عامة والأســنان العلوية الأمامية خاصــة بســرعة كبيرة، إذا لم يتم اكتشاف الحالة وتقديم العلاج المناسب بأقصى سرعة ممكنة.

تسوس الأسنان عند الأطفال

يعتبر تســوس الأســنان من أكثر أمراض العصــر انتشــاراً بين الأطفــال، ويرجع ذلك إلى عدم إزالة الترســبات البكتيرية المتواجدة في فم الإنســان بشــكل طبيعي، حيث إن هذه البكتيريا تتغذى على السكريات الموجودة في الطعام، وتقوم بإفراز أحماض تؤدي إلى تحلل، أو تآكل ســطح الأسنان، وفي المرحلة الثانية، تبدأ البكتيريا بالتغلغل في الجزء العضوي من الســن وتقوم بإتلافه، وفي هذه المرحلة يظهر تســوس الأسنان على شكل نخر صغير يستمر في التغلغل، حتى الوصــول إلى لب الســن، مما يؤدي إلى التهاب العصب وما يرافقه من آلام حادة، وبعدها يظهر خراج سني على شكل انتفاخ في اللثة.

أسباب ألم الأسنان عند الطفل:

1 - التسوس عندما يقترب من الأعصاب.

2 - ظهور الأسنان في الفم (التسنين).

أعراضه:

. ارتفاع درجة الحرارة.

. احمرار الخدين.

. انتفاخ (تضخم) اللثة.

. زيادة سيلان اللعاب في الفم.

. الإحساس بالألم في اللثة. يخف الألم بالعض على جسم بارد وناعم.

علاجه:

. استخدام علاج مخفف للألم بدون سكر.

. استخدام مرهم ظهور الأسنان.

. إذا لم يخف الألم يراجع طبيب الأسنان.

العناية اليومية لأسنان الطفل:

لتقليل الخطر من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، ولتقليل الإصابة من تسوس الطفولة المبكرة يجب علينا اتباع التالي:

1 - الحفاظ على صحة الفم والأسنان للأم، أو الشخص الذي يقوم بالعناية بالطفل، لتقليل احتمال انتقال البكتيريا المسببة للتسوس إلى الطفل.

2 - اتبع التالي في تنظيف أسنان الطفل:

. مسح فم الرضيع بقطعة من القماش، أو الشاش النظيف والمبلل بالماء بعد كل رضعة.

. عند ظهور الأسنان بالفم يمكن تنظيف فم الطفل بعد الرضاعة بالقماش، أو الشاش، كما ذكر، أو باستعمال فرشاة مخصصة للأطفال الرضع، ولا يستخدم معجون الأسنان معها.

3 - يجب عدم إعطاء الطفل العصائر، أو المشروبات التي تحتوي على مواد سكرية بالرضاعة. (يمكن إعطاء الرضيع ماء بالرضاعة عند وقت النوم بدلاً من الحليب، أو العصير).

4 - التقليل من عدد الرضعات الليلية.

5 - تأكد من استخدام النوع الجيد من حلمة الرضاعة، التي تشبه حلمة الثدي وتحافظ على شفتي الرضيع مغلقة، لتساعده على التنفس بصورة طبيعية.

6 - عدم غمس حلمة الرضاعة في مواد سكرية (عسل، أو مربى)، أو إضافة السكر للرضاعة.

7 - يجب تنظيف فم وأسنان الرضيع بالفرشاة والماء، عند إعطاء الرضيع الدواء في رضعته (الذي يكون عادة محلى).

8 - يجب على الوالدين القيام بفحص أسنان الطفل باستمرار، وذلك برفع الشفة. فإذا لوحظت بقع بيضاء على الأسنان (كالطباشير)، فهذا يدل على بداية التسوس عند الطفل، أما إذا كان لون البقع بنياً، أو أسود فهذا يعني وجود التسوس.

9 - ابدأ بتقديم الفواكه والخضار تدريجياً في وجبة الطفل، حيث إنها تساعد على زيادة اللعاب لأنها تحتاج لمضغ أكثر. زيادة اللعاب مفيدة للأسنان لأنها تخلص الفم من الأحماض وتزيد من ترسب الكالسيوم على الأسنان.

10 - يجب زيارة طبيب الأسنان للمرة الأولى عند إكمال الطفل عامه الأول.

11 - يجب على الوالدين منع الطفل من مص الأصابع التي قد تؤدي إلى تراكم الأسنان، مما يستدعي علاج تقويم الأسنان.

العناية بصحة الفم والأسنان في الأعمار المختلفة للأطفال:

12 - 24 شهرا :

- يقوم الوالدان بتنظيف الفم والأسنان للأطفال.
- تعليم الأطفال كيفية الإمساك بالفرشاة.
- تشجيعهم على مراقبة الكبار عند استخدامهم للفرشاة.



ـ يبدأ الوالدان باستخدام الخيط السني لتنظيف ما بين أسنان الأطفال عند بلوغهم الثانية من العمر.

كيفية التنظيف:

ـ يوضع الطفل في الحجر مع ثني رأسه للخلف قليلاً.

ـ استخدام فرشاة صغيرة بشعيرات نايلون ناعمة.

ـ ينظف ويدلك بلطف حول اللثة والأسنان.

2 - 5 سنوات :

ـ تعليم الأطفال استخدام معجون الأسنان (بوضع كمية بحجم حبة البازلاء)، تأكد أنهم لا يبلعون المعجون.

- الاستمرار بتنظيف أسنانهم بواسطة الوالدين، وباستخدام الفرشاة والخيط السني.

- تعليم الأطفال كيفية المضمضمة وبصق كل المعجون المتبقي في فمه.

- تركيز التنظيف على أسطح الأسنان لأنه المكان الذي يبدأ ظهور التسوس فيه.

الفرشاة:

1 - فرشاة أسنان ناعمة، مصنوعة من النايلون، وبرأس صغير.

2 - اختيار الشكل الذي يفضله الطفل.

3 - اختيار الحجم المناسب لعمره.

4 - عدم إشراك الأطفال في فرشاة واحدة.

5 - استخدام الفرشاة الكهربائية للأطفال فهي:

أ - تعطي تنظيفاً جيداً وفعّالاً وآمناً.

ب - يستمتع الطفل باستعمالها، مما يشجعه على التنظيف الجيد.

معجون الأسنان:

- معظم المعاجين للأطفال تأتي بنكهات مختلفة، اختر النكهة التي تعجب طفلك.

- يستخدم معجون الأسنان بتركيز مخفف من الفلورايد.

- القاعدة العامة في كمية المعجون هي: إلى سن الخامسة تستخدم مسحة بسيطة من معجون الأسنان، من سن 5 - 7 أقل بقليل من حجم حبة البازلاء، من 7 فأعلى بحجم حبة البازلاء.

6 - 8 سنوات:

- يبدأ الأطفال استخدام الفرشاة بأنفسهم.

- تشجيعهم على استخدام الخيط السني بأنفسهم.

- يراقب الوالدان طريقة استخدام الأطفال للفرشاة والخيط السني.

سرعة معالجة حوادث السقوط، أو الكدمات المؤثرة على الوجه، حيث إنها قد تؤثر على الأسنان الدائمة.

وجود أسنان كبيرة بجانب الأسنان اللبنية الصغيرة في فم الطفل وعدم التساوي يؤدي إلى الكثير من الفراغات التي تتجمع فيها بقايا الطعام والطبقة الجرثومية. فيجب متابعتهم بعناية أثناء التنظيف.

يمكن تشجيع الأطفال على استخدام الفرشاة والخيط السني عن طريق:

1 - وضع جدول يومي يسجل فيه مواعيد التنظيف.

2 - إعطائهم مكافآت على حُسن عملهم في كل شهر.

أطباء الأسنان بين خوف الأطفال وأهمية العلاج الصحي



الأســنان هــي مرآة الطفل وجمال فمــه كما يقال، فتجد العناية بها من أكبر المشــاكل والمتاعب لدى الأسرة، وذلك لأن الطفل يتعود على أكل الشكولاته والحلويات منذ سن الثانية تقريباً لدى بعض الأطفال، ولعلاج حالات التســوس لا بد من الذهاب لطبيب الأســنان ذلك الشــخص المتخصــص في هذا المجال، ولكن هل طبيب الأســنان دائماً صديق حميم لدى الطفل؟

يقـول الدكتـور ،محمـد سميـر القطان، أخصائـي الأسنان : يعتمـد التقارب بين الطفل وطبيب الأســنان على درجة النمــو العمري والفكري والعاطفي للطفل، فقد يســتطيع الطبيــب أن يتعامــل مع طفل عمره ســنتان مثلاً، كما يتعامل مع طفل عمره عشــر ســنوات،

وكذلك يختلف الأمر إذا كان لدى الطفل تجربة سيئة سابقة مع الطبيب.

فالمفروض على الطبيب أن يقدم للطفل عند أول زيارة تعريفاً كاملاً عن العيادة، وعلى الكادر الطبي الموجود بها، ويقوم بشرح تجهيزات العيادة بأسلوب يفهمه الطفل، وأيضاً الإطراء الموجه للطفل ضروري جداً في التعامل معه، وذلك عبر ملابسه وطريقة تسريحة شعره، وأن يقوم الطبيب بسؤاله عن اسمه، حتى يشعر الطفل بأنه في مكان مألوف بالنسبة له وليس غريباً عليه، ومن المفيد أيضاً تقديم هدية للطفل عند الانتهاء من العمل سواء كان متعاوناً أم لا.

ويضيف الدكتور «القطان»: بأنه من الواجب على الطبيب عدم الكذب على الطفل، وهذه قاعدة أساسية وجوهرية من أجل كسب ثقة الطفل، فالجلسة الأولى يكتفي فيها بالتعارف بين الطفل والعيادة، فمثلاً يمكن للطفل فحص أسنانه بنفسه بواسطة أجهزة التنظيف البسيطة، وحتى لا يصبح الطبيب عقدة نفسية للطفل لا بد من عمل هذه التهيئة النفسية، ولو تطلب العمل أكثر من جلسة.

وعن الوسائل الطبية التي يمكن استخدامها كمخدر دون الحاجة للإبرة أجاب الدكتور «القطان» بأن استخدام المخدر الموضعي بشكل الجل، أو بشكل بخاخ قبل التخدير، وبخصوص الإبرة فلا بد من استخدامها في كل الأحوال، وينصح هنا بألا يرى الطفل الأبرة بأن يقول له الطبيب: سأضع دواء منوماً للأسنان، حتى تنظف أسنانك من السوسة، بحيث إن الطفل يرتاح نفسياً لما يحدث له من عمليات علاجية.

أما الدكتور «محمد ياسر الرباط» فله رأي آخر، حيث يقول: هناك عاملان لتأسيس الصداقة والتعاون بين طبيب الأسنان والطفل بحد ذاته، فالعامل الأول : هو الأهل، حيث يقدمون الطبيب للطفل بصورة إيجابية على أنه يعالج الأسنان لتصبح سليمة غير مؤلمة، وعدم زرع الخوف في نفسية الطفل من ناحية الإبرة والأدوات الأخرى الحادة. أما العامل الثاني : فهو الطبيب والذي يجب عليه عند الزيارة الأولى شرح أدواته للطفل بصورة بسيطة ومألوفة لديه وتشبيه الأدوات بعناصر حياتية اعتيادية بالنسبة للطفل مثل: «بخاخ الهواء والماء على أنه سشوار للشعر، والماص الجراحي على أنه بلاستيك لشفط المياه، والإبرة بأنها مياه حارة لتنظيف السن من التسوس وهكذا».

كما يجب في الزيارة الأولى تطبيق الفلوراید، وأخذ الصور الشعاعية ليشعر الطفل

بالأمان؛ لأن هذه الوسائل غير مؤلمة، وحتى نضمن عدم تسبب الزيارة لعقدة نفسية لدى الطفل.

ويضيف الدكتور «ياسر»: إذا كان الطفل فوق عمر الثلاث سنوات فيجب فصله عن والديه، وذلك ليشعر بذاته وكي لا يتدخل الأبوان في المعالجة، وإعطاء الأوامر، مما قد يشوش عقل الطفل وأفكاره، وفي هذه الحالة لا يستجيب لأوامر الطبيب.

وللأسف بعض الآباء يغفل موضوع الهدية للطفل بعد الانتهاء من زيارة العيادة وهذا خطأ، حيث إن تقديم الهدية فيه حافز للطفل المراجعة مرة ثانية للعيادة، ويجعله حريصاً على زيارة الطبيب من أجل الحصول على الهدية.

وعن ضرورة وجود الأخصائي لأسنان الطفال ودوره دون سواه من الأطباء الآخرين قال: برأيي طبيب الأسنان العام قد يسبب عبئاً كبيراً على الطفل؛ لأن الطفل يحتاج إلى الاختصاصي لمعالجته وتكييفه بشكل إيجابي.

تسوس الأسنان مشكلة الصغار



رغم الصحوة التي تشهدها المجتمعات العربية في مجال الرعاية الصحية بجوانبها الكثيرة، إلَّا أن مجال طب الأسنان لا يزال يُعاني نقصاً في إدراك أهمية الأسنان وخصوصاً الأسنان اللبنية، وبالتالي فإن الوقاية من الأمراض الكثيرة التي تصيب الأسنان ليست ذات أهمية عند المواطن العربي، والذي لهذا اليوم يُعاني من عدم تكامل المعلومات لديه عن الوقاية من الأمراض والفحص الدوري، ويفضل أن يكون زبوناً دائماً عند طبيب الأسنان.

الأسنان اللبنية

ومن هذه الأمراض الشائعة التي يجب على الآباء والأمهات الانتباه لها والوقاية منها، أو علاجها في مراحلها الأولى: هو التسوس المبكر للأسنان اللبنية، والذي قد ينتج عنه ويلات لا حصر لها إذا ما قوبل بعدم المبالاة.

التسوس المبكر للأسنان اللبنية، أو ما يسمى بالتسوس الناتج عن الرضاعة، أو تسوس رضاعة الحليب: هو أول أشكال التسوس الذي يصيب الأسنان اللبنية، وبشكل سريع ومفاجئ، وهذا ما يجعل الأمهات يتفاجأن بتغير لون الأسنان وهشاشتها بعد فترة قصيرة من ظهورها في فم الطفل، ويتساءلن عن السبب الذي أدى بأسنان أطفالهن إلى هذا الحال.

والصحيح الذي يجب أن تعلميه أيتها الأم أنه بداية التسوس المبكر الذي توفرت له العوامل المساعدة لهذه البداية المبكرة لفترة زمنية طويلة، ونستطيع القول: أن السبب الرئيس لهذا التسوس هو إضافة مادة السكر إلى الحليب في الرضاعة لاعتقاد الأهل الخاطئ أن الطفل قد لا يتقبل الحليب بدون إضافة السكر، وغاب عن أذهانهم أن الطفل يتقبل طعم السائل، كما يعطى له من البداية، ونؤكد على ذلك بأن الطفل يتقبل الحليب منذ الولادة وبدون إضافة السكر له.

الرضاعة الطويلة

والسبب الرئيس الآخر هو طول مدة الرضاعة، أي وجود رضاعة الحليب في فم الطفل لمدة طويلة خلال الليل والنهار، وهو ما يساعد على وجود السكر على الأسنان لفترة طويلة، مما يسهل على الجراثيم الموجودة على الأسنان بأن تقوم بعملية التخمر، التي تؤدي إلى نخر الأسنان بصورة سريعة، مع ما يصاحبها من عوامل أخرى مساعدة لهذا النخر ونذكر منها :

1. عدم تنظيف أسنان الأطفال بصورة مستمرة، وهو ما يستلزم مراقبة الأمهات للأطفال خلال تنظيف الأسنان.

2. تناول العصائر والحلويات والمكسرات التي يتناولها الطفل يومياً والتي تحتوي سكريات عالية.

3. عدم مبالاة الأهل بإعطاء الطفل الأغذية الصحية ذات القيمة الغذائية العالية.

4. عدم القيام بالزيارة الدورية إلى طبيب الأسنان، والتي تعود بالفائدة على الأهل والطفل بالنصائح المفيدة واكتشاف النخر المبكر وعلاجه مبكراً بدون ألم.

ويبدأ التسوس من الأعمار المبكرة (2-4 سنوات) وبأشكال متعددة، تبدأ من وجود ثقوب صغيرة في الأسنان مع تغير لونها من الأبيض إلى الأصفر فالبني، وينتهي بالسواد، مع

زيادة حجم الثقوب التي تؤدي إلى تآكل الأسـنان تماماً، وتكون الأسـنان الأمامية العليا هي أولى الأسنان التي تصاب بالنخر، وتتبعها الأسنان الخلفية العليا والسفلى بالإصابة.

خسارة كبيرة

يصـاحب مراحل النخر أعراض مختلفة تبدأ بالألم ثم الالتهاب المصـاحب بالحرارة وعدم الراحة، انتهاء بوصول التهاب السن إلى مراحله النهائية، ووجود خراج في نهاية جذر السـن، مما قد يؤدي إلى وجود ورم في الفم، ووجوب خلع السـن اللبني، وهنا تكون الخسارة كبيـرة وهـي ما لا يقدره الأهل إلّا حينما تتم التضـحية بهذه الأسـنان، مما يؤثر على شـكل الطفل وقابليته على المضغ والنطق السليم، واعوجاج الأسنان الدائمة عند ظهورها.

الوقاية أولاً

وهنا يأتي دورنا للتوعية بعد أن بيّنا الأسـباب والنتائج لهذا النوع من التسـوس، وعلينا أن نسأل: هل المطلوب الوقاية من هذا التسوس أم العلاج؟

أما العلاج فهو دور طبيب الأسنان، وأما الوقاية فنوصي بها أخواتنا الأمهات للنجاة من هذه الآفة، ونعطي هنا بعض النصائح المفيدة للوقاية من التسوس المبكر لدى الأطفال:

1 - أهمية الرضاعة الطبيعية وما لها من إيجابيات على صحة الطفل العامة وفم الطفل خاصة.

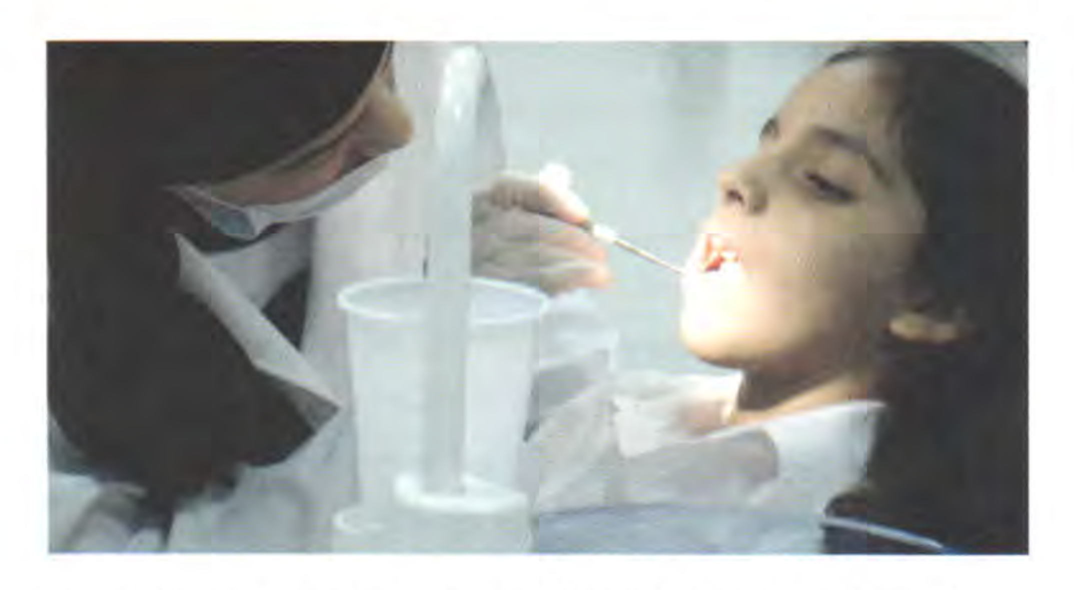
2 - عند اسـتعمال الرضـاعة الاصطناعية يرجى عدم إضـافة مادة السكر إلى الحليب منذ الرضعة الأولى، وإعطاء الطفل كفايته من الحليب قبل النوم، وإذا اقتضت الحاجة وضع الماء في الرضاعة خلال الليل بدلاً من الحليب.

3 - التقليل من المأكولات التي تزيد من قابلية الأسنان على التسوس كالحلويات.

4 - البدء بتنظيف أسنان الأطفال بصورة مبكرة (سنتان) باستعمال الفرشاة والمعجون وتحت إشراف الأهل.

5 - زيارة طبيب الأسـنان الدورية لفحص الأسـنان بصـورة مسـتمرة ومعالجة النخر والحالات المَرَضِيَّة الأخرى مبكراً.

اعتنوا بأفواه أطفالكم



أهم مســؤولية تقع على عاتق أولياء الأمور مســؤولية مهمة وصــعبة، حيث يشــعر الأهل الجُدد دائماً بالضغط أثناء محاولتهم تقديم الأفضل لأطفالهم، ومن الطبيعي أن يسألوا عن ماهية الســبل المتوفرة التي تضمن نمواً أفضل لأطفالهم، وأن ينعموا بحياة مفعمة بالصحة والســعادة، وصولاً إلى التســاؤل عما إذا كانت لديهم القدرة على تقديم أفضل سبل الإرشاد والوقاية المتوفرة.

الأســئلة الرئيســة التي يتجه معظم أولياء الأمور في الشرق الأوسط إلى تجاهلها، هو: «هل قاموا بكل ما هو مناسب للعناية بأسنان أطفالهم؟».

كشــفت إحصــائية أجريت مؤخــراً في الإمــارات أن عدداً كبيــراً من أوليــاء الأمور لا يدركون أهمية البدء بالعناية بأســنان أطفالهم، في ســنٍ مبكرة جداً. هذه النتائج المخيفة تكشفت في المسح الذي قام به خبراء من أورال - بي، الماركة التي يستخدمها معظم أطباء الأسنان حول العالم، والتي أظهرت أن أولياء الأمور في الإمارات لا يقومون بتشجيع أطفالهم

على تنظيف أسـنانهم بالفرشـاة قبل بلوغ سن الثالثة فحسب، بل إنهم أيضاً لا يبذلون جهداً ملحوظاً لتشجيعهم بالشكل المطلوب على تنظيف أسنانهم بالشكل الصحيح.

يا طفلي، آن وقت تنظيف أسنانك

المثير للدهشـة، هو أن الأطفال منذ ولادتهم يأتون للعالم ولديهم أسنان، علماً أننا قد لا نسـتطيع ملاحظة ذلك، لا بل إن الملفت للاهتمام أن الأسنان العشرين الأولى التي تظهر في أول عامين من عمر الطفل الرضيع، تكون موجودة في داخل عظام فَكَّيْه.

مما يعني أنه من اليوم الأول على أولياء الأمور معرفة سـبل العناية الصـحيحة بأسنان أطفالهـم، وتقديـر أهميـة المثابرة علـى العناية بالأسـنان والتنظيف الدائم الذي يضـمن لأطفالهم الابتسامة المتألقة طوال العمر.

يوجد أكثر من سبب رئيس يجعل مسألة الرعاية والعناية بأسنان الطفل في سنٍ مبكرة مهمة جداً. فهي تسـاعدهم على الكلام بوضـوح، والمضـغ بشـكل طبيعي، وتسمح للأسنان الجديدة التي في طور الظهور على البروز بشكل منتظم.

ويوصـي الدكتور «رفيه خوري» الذي يتمتع بخبرة سنوات عدة من العمل في مجال طب الأسـنان في دولة الإمارات العربيـة المتحدة، أولياء الأمور أن يعـوّدوا أطفالهم على القيام بتنظيف أسـنانهم ولثهم في سـنٍ مبكرة وبشـكل منتظم، ويقول: «من المهـم أن يتم تعليم الأطفال في سـن مبكرة علـى طرق العناية بأسـنانهم، فكما يتطورون وينمون جسـدياً على مر السـنين، كذلك هو الأمر بالنسـبة لأفواههم وأسـنانهم. فتطور فم الطفل مسألة معقدة وتحتاج إلى عناية متخصصة في كل مرحلة من مراحل النمو».

المرحلة الأولى: (4 24 شهرا)

- قبل بروز أي من الأسـنان، يجب اسـتخدام قطعة قماش نظيفة وناعمة، لتنظيف لثة وفم الطفل الرضيع.

- عند بروز أولى الأسـنان، يتم تنظيف الأسنان البارزة بفرشاة الأسنان ذات شعيرات لينة وناعمة، بعد كل إطعام للطفل.

المرحلة الثانية: (2 4 سنوات)

- في هذه المرحلة يبدأ الأطفال بتعلم اسـتخدام الفرشاة في تنظيف أسنانهم وتتكون لديهـم مهارات محدودة، لذلك يجب تزويدهم بفرشـاة أسـنان ذات مقبض مكتنز قصـير

سهل الإمساك.

- شجعوا أطفالكم على تنظيف أسنانهم باستمرار، بتحويل الأمر إلى تجربة مرحة، فعلى الرغم من ميل هذه الفئة العمرية إلى الاستقلالية واستعراض مهاراتها، إلّا أنه من الضروري أن يتم ذلك تحت إشراف الأهل.

- علموا أطفالكم استخدام الخيط في تنظيف أسنانهم مرة في اليوم.

المرحلة الثالثة: (6 - 7 سنوات)

- في هذه المرحلة يبدأ الأطفال بفقدان أسنان «الحليب» في الوقت الذي تبدأ فيه أضراسهم الدائمة بالبروز في الجهة الخلفية من الفك.

- في هذه المرحلة، تكون مهارة الأطفال في تنظيف أسنانهم قد تحسنت، فيمكن حينها إعطاؤهم فرشاة أسنان كبيرة ذات قبضة يمكن إمساكها بإحكام.

- يجب على أولياء الأمور تعليم أطفالهم كيفية استخدام خيط تنظيف الأسنان، وأن يشجعوهم على استعماله بشكل يومي.

المرحلة الرابعة: (8 سنوات وما فوق)

- في هذه المرحلة يجب أن يكون الطفل قادراً على تنظيف أسنانه بالفرشاة والخيط بشكل منتظم، وبإشراف أقل من الأهل.

- في هذا العمر يكون للأطفال نوعان من الأسنان، منها ما هو دائم، والبعض الآخر منها أسنان لبنية. قد يتحسس الطفل بسبب الأسنان اللبنية، ويشعر بعدم الرغبة بتنظيف أسنانه، لذلك يجب تشجيعه ليتابع تنظيف أسنانه بشكل منتظم، بإعطائه فرشاة أسنان متعددة المستويات تجمع بين الشعيرات الناعمة والأخرى الأقل ليونة.

- على أولياء الأمور الذين يشجعون أطفالهم على تنظيف أسنانهم، أن يتنبهوا إلى ضرورة اختيار الفرشاة المناسبة لأسنان أطفالهم الصغيرة، فحسب نتائج الدراسة التي قامت بها أورال - بي، تبين أن نصف أولياء الأمور في الإمارات لا يزودون أطفالهم، أو أنهم يختارون فرشاً غير مناسبة لأسنان أطفالهم.

ويعلق الدكتور خوري على ذلك بقوله: «إنها مشكلة؛ لأن الأطفال الأكبر سناً يحتاجون نوعاً خاصاً من فرش الأسنان، ويجب على أولياء الأمور أن يعيروا اهتماماً كبيراً لذلك، وأن يبحثوا بدقة عن المميزات التي تتوفر في كل منها، مثل خشونة وليونة شعيرات الفرشاة،

وحجم رأسـها وقبضـتها، كونها من العوامل الحاسمة لضمان حصـول أطفالهم على نظافة أكيدة وفعالة لأسنانهم».

من قال إن واجبات الأهل سهلة؟

أن تتمكن من جعل طفلك يقوم بما تطلب منه، هذا أمر قد لا يكون سـهلاً أبداً، لا أحد يعـرف ما يدور في عقل طفل بعمر السـنتين عندما يريد القيام بعمل شـيء مـا وحالاً! إنما هنـاك طـرق يمكن أن تسـهل الأمر على أولياء الأمور، وإحدى تلك الطرق هي وضـع أسـس لعـادات روتينية، بحيـث يتم البدء بتعويد الأطفال على تنظيف فمهـم، ومن ثم يتم تعليمهم الذهاب إلى الحمام لتنظيف أسـنانهم، بداية في الصـباح ومن ثم تنظيفها في الليل، ولكي تصبح العملية لدى الطفل عادة، يجب أن يتم إدخال عنصر المرح على الحدث.

ويقـول الدكتـور خوري: «كونـوا قدوة لأطفالكـم ومثلاً حسـناً لهم، ولتشـجيعهم على تنظيف أسـنانهم، بأسلوب مرح ومسـل، يمكن على سبيل المثال القيام بالتنظيف على شكل فريق، يقدم خلاله الأهل عرضاً حول طريقة استخدام الفرشاة (لمدة دقيقتين على الأقل)، يليهـا مراقبة الأطفال وهـم يقومون بالتنظيف. فتلك طريقة جيـدة للبدء، والأطفال عندما يشاهدون أهلهم يقومون بتنظيف أسنانهم بالفرشاة والخيط بشكل منتظم، سيقتدون بشكل أكبر بهذا السلوك الجيد».

وأضـاف الدكتور خوري: «أنه من المهم أيضـاً أن يكون المشاركون بهذا المهمة لديهم القـدرة على مراقبة طريقـة التنظيف والوقت الذي تتطلبه العمليـة، فهذه نقطة مهمة يجب أن يفهمها الأهل، وأن يهتموا لها؛ لأن الدراسة التي أجريت مؤخراً بيَّنت بأن أكثر من نصف أوليـاء الأمور في الإمارات العربية المتحدة لا يشـرفون على أطفالهم أثناء قيامهم بتنظيف أسنانهم».

ولفـت الدكتور خوري: «إلـى أنه من المهم التذكر بأن التعامل مع الأطفال الأكبر سـناً يحتاج إلى إصرار ومثابرة وصبر، إلَّا أن المكافأة تكمن في أننا نكون بذلك قد وضعنا الأسس الراسخة والمنتظمة لعادة العناية بصحة الفم طوال العمر».

العناية بالأسنان ضرورة منذ الصغر



ينتاب العديد من الأشخاص الشعور بالخوف عند التفكير في زيارة طبيب الأسنان، إذ يتبادر إلى الأذهان فوراً: صوت الحفار، والضوء الساطع والطعم المزعج لغسول الفم. وبالنسبة للأطفال قد يتضخم شعورهم بالخوف مع قلة، أو عدم فهمهم للإجراءات العلاجية التي تنطوي عليها هذه الزيارة.

ما هي الخطوات التي يمكن اتخاذها لتشجيع الأطفال على العناية بأسنانهم؟

أوضحت الدكتورة «كاثرين تريلس»، في عيادة «دكتور أكيلز» في دبي، أنه لحسن

الحظ، هناك بالفعل خطوات من الممكن اتخاذها في المنزل لتشجيع أطفالنا على العناية بأسنانهم ولثتهم.

فأفضل ما يمكن القيام به يتمثل في تشجيع الأطفال على جعل العناية بالفم جزءاً من روتين حياتهم اليومية بأسرع ما يمكن. ويعني ذلك استخدام فرشاة العناية بالفم مرتين يومياً، وخيوط تنظيف الأسنان يومياً، بالإضافة إلى إجراء الفحوص الطبية بانتظام.

وينصح الآباء بضرورة البدء في تعويد أطفالهم على استخدام فرشاة الأسنان والمعجون، وزيارة الطبيب بشكل دوري، من أجل المحافظة على صحة الفم والأسنان، والتأكد من عدم تطور مشكلات الأسنان وتجنب الخضوع لإجراءات قد تكون مؤلمة لكنها ضرورية، فالوقاية خير من العلاج.

وتنصح الدكتورة «تريلس» الآباء ببدء نظام للعناية بالأسنان، ما إن تظهر أي انتفاخات بيضاء صغيرة تحت لثة الطفل، حيث توضح قائلة: «استخدموا فرشاة أسنان ذات رأس مطاطية يمكنها الاحتكاك بالأسنان الناشئة».

ويساعد التنشيط الخفيف على سرعة عملية ظهور الأسنان. وما إن تظهر الأسنان، يسهل تنظيفها بالفرشاة الناعمة، مما يجعل الطفل يعتاد على تنظيف أسنانه.

وعندما يصل الطفل لعمر أكبر، تنصح الدكتورة «تريلس» بالتحول إلى استخدام الفراشي ذات الاستعمال المزدوج الجديدة التي تزيل طبقة البلاك في الجهة الأمامية وتساهم في تنظيف اللسان في الجهة الخلفية.

هل تعلم؟

لقد ثبت رسمياً أن تناول الحلويات ليس السبب الرئيس الوحيد وراء تسوس الأسنان، حيث تحتوي جميع الأغذية والمشروبات تقريباً على الكربوهيدرات المتخمرة (المواد السكرية والنشوية في الأغذية المطهوة والمخبوزة والمصنعة)، والتي تقوم بكتيريا الفم بتكسيرها لإفراز المواد الحمضية، التي قد تؤدي لتسوس الأسنان. .

ووفقاً لبرنامج صحة الفم التابع لمنظمة الصحة العالمية، ظهر انخفاض واضح في معدل الإصابة بتسوس الأسنان في 150 دولة خلال العشرين سنةً الماضية. وقد تحققت أغراض برنامج صحة الفم التابع لمنظمة الصحة العالمية التي تستهدف تخفيض معدل

الإصابة بتسوس الأسنان في أكثر من 90 دولة.

ويرجع ذلك بشكل رئيس إلى توافر الفلورايد، ووسائل أفضل للعناية بصحة الفم. كما بقي استهلاك المواد السكرية بنفس المستوى، أو ربما زاد وهذا يناهض الاعتقاد السائد القائل بأن الإكثار من تناول الحلويات يفسد الأسنان.

العناية بالأسنان
جمال في الصغر ومتانة في الكبر



يعتقـد البعض أن الأسـنان اللبنية هي أسـنان غيـر مهمة، لذا لا يقتنـع بعض الأهالي بأهمية علاجها، أو الحفاظ عليها، مع العلم أن هذه الأسنان تكتسب أهمية كبيرة.

اولا : بسبب التأثير الكبير والمهم بصحة وترتيب الأسنان الدائمة.

ثانيا : بسـبب تأثير الأسـنان اللبنية على صـحة الطفل العامة، فالأسـنان اللبنية ذات النخور المتعددة سوف تؤدي إلى ضعف الطفل بسبب عدم مقدرته على مضغ الطعام بسبب الآلام التي تصـيبه عند المضـغ، مما يقلل من رغبة الطفل في الطعام. كما أن تلك الأسنان

المصـــابة بالنخر سوف تكون بؤرة لتجمع بقايا الطعام، وبالتالي بؤرة لتجمع الجراثيم، التي سـوف تدخـل إلى أمعاء الطفـل مع الطعام الذي يتناوله، كما أنها سـوف تدخـل إلى جهازه التنفسي مع الهواء الداخل لرئتي الطفل.

ثالثـا : التأثيـر النفســي، حيث تؤثر الأســنان الأمامية الســوداء بســبب التســوس، أو المفقودة نتيجة القلع على نفســية الطفل، لما يلاقيه من اســتهزاء من أصــدقائه والأقارب الذين في العمر نفســه، ويكون لهذا الأمر الأثر النفسي الكبير عند الكبر بسبب: أن الأسنان اللبنية تنمو في مرحلة حساســة من تكوّن شخصــية الطفل، مما يجعله يخجل من ابتسامته، أو على الأقل يتفادى التعامل مع أقرانه بســبب شــعوره الدائم بأنه مَحَطّ سُخْرية منهم، مما يترك أثراً كبيراً على شخصيته.

مشكلات الأسنان اللبنية

1 تناذر الرضاعة الزجاجية:

حيث يلاحظ تسوس عدد كبير من أسنان الطفل العلوية الأمامية، أغلبها تقريباً وبشكل كبير ومتزامن مع بعضــها البعض، يكون الســبب هنا استعمال الطفل الرضاعة الاصطناعية خلال الليل، وعادة ما نصادف هذا التسوس في الطفولة المبكرة 2.5 سنوات، ويعتمد علاج هذه الحالة على درجة التســوس، ويتراوح بين حشوات عادية، أو قد يصل في بعض الحالات المتقدمة إلى علاج العصــب «ما يدعى عند الأطفال ببتر اللب» وفي الحالات المتقدمة جداً قد نضطر إلى خلع الأسنان.

2- تسوس الأسنان اللبنية:

ويكون هذا التســوس عادة في الأسنان الخلفية أكثر منها في الأمامية، وذلك بسبب أن الأهالي يســتطيعون بسهولة تنظيف أســنان أبنائهم الأمامية، أو على الأقل ملاحظة أي تغير فيها بشكل سريع.

أما الأسنان الخلفية فعادة لا يلاحظها الأهل إلى أن تصل إلى الحد الذي يجعل الطفل يشــتكي منها، ويكـون العلاج من خلال تنظيف تلك الأســنان، وإعادة حشــوها، وقد توفرت الآن الكثير من الحشــوات ذات الألوان الزاهية، التي نســتعملها ـ مثل: الأحمر، أو الأصفر، أو الأزرق ـ مع الأطفال، مما يجعل زيارتهم لعيادة الأسنان أكثر متعة وتسلية.



3- رضوض الأسنان الأمامية:

والتي تتراوح بين الرَّض البسـيط والخطير، ومنها الذي قد يؤدي إلى كسـر السـن، أو حتى اقتلاعه من مكانه، وفي جميع تلك الحالات - أي رضوض اللبنية - يجب وبشـكل عاجل عرض الطفل على طبيب الأسنان الذي بدوره ومن خلال الفحص السَّريري والشعاعي يقدر كيفية العلاج، والتي تكون عادة بين مجرد ترميم السـن المكسـورة، أو خلعها في حال كانت ستؤدي إلى ضرر على الأسنان الدائمة، كما أنه لا يجوز أبداً في الأسنان اللبنية إعادة السن المخلوعة إلى مكانها في العظم، كما نفعل في بعض الحالات مع الأسنان الدائمة.

التعامل مع الأطفال

للأسـف إن الطبيب بشكل عام وطبيب الأسنان بشكل خاص هو مصدر رعب للأطفال وأداة لعقاب الطفل (كأن تقول الأم لابنها: إن لم تكن مطيعاً سوف آخذك لطبيب الأسنان)، وهذا خطأ يجب على الأهل تفاديه تماماً؛ لأن مثل هذه الممارسـات قد تؤدي إلى ضـرر كبير في العلاقة بين الطفل والطبيب، بل على العكس فإن زيارة الطبيب قد تكون مصـدر سـعادة

للطفل، وهذا ما لاحظته من خلال خبرتي في المجتمعات الأوروبية، حيث تكون زيارة الطفل لطبيب الأسنان فرصة للتعرف على عالم جديد، وللاستكشاف وللحصول على هدية في حال عدم وجود أسنان متسوسة، أو في حال قيامه بعلاج الأسنان المصابة.

لذا فإننا ننصح الأطباء بشكل دائم بأن يكون تعاملهم مع الأطفال له شكل وطريقة خاصة من خلال:

1- التحدث مع الطفل بالطريقة التي تناسب عمره لفترة كافية قبل البدء في العلاج.

2 – شرح خطوات العلاج بطريقة مرحة ومبسطة للطفل من خلال بعض الألعاب والمجسمات.

3 – عدم الكذب على الطفل لأنه في حال فقد ثقته بالطبيب فلن يسمح له بعلاجه مجدداً.

4 – عدم استخدام العنف نهائياً مع الأطفال؛ لأن هذا سوف يؤدي لزيادة توتر الطفل، مما يجعل جلسة العلاج أكثر صعوبة للطفل وطبيب الأسنان أيضاً.

ومن هنا نجد أن صحة أسنان الأطفال المؤقتة هي غاية في الأهمية، ولا يجدر بنا إهمالها أبداً.

جرش الأسنان أثناء النوم



بالرغـم من أن بعض الأطفال قد يجرش أسـنانه في النهار حين اللعب، أو مشـاهدة التلفزيـون، فـإن هذا أمر في النادر حدوثه، بل الغالب هو أن الطفل يجرشـها أثناء نومه في نوبات متعاقبة تتكرر عدة مرات في الليلة الواحدة.

ويعاني ثلاثة أطفال من بين كل عشرة منهم حسب ما تشير إليه الإحصائيات الحديثة من جرش الأسـنان أثناء النوم، وخاصـة من هم دون الخامسـة من العمر، ولا فرق في هذا بيـن الذكـور والإناث. سـبب ظهور هذه الحالة لـدى الأطفال غير معروفة علـى وجه الدقة، لكـن هناك نظريات عدة بعضـها يُرجع الأمر إلى أسـباب محلية أي في الفم والأسـنان، أو أسباب عامة في الجسم، أو أسباب نفسية تؤثر على الطفل إما نتيجة لأحداث الحياة اليومية

الضـاغطة عليه، أو نتيجة فرط نشاطه في الحركة، وهي ما تظهر على هيئة جرش للأسنان كأحد علامات لذلك في أثناء النوم.

أسباب وأعراض

الأسـباب المحليــة فــي الفم والأسـنان: يرى كثير مـن الباحثين أنهـا ناتجة عن عدم التطابق بين أسـنان الفك العلوي مع السـفلي، وذلك لأسـباب عدة في نمو، أو بنية الأسنان، أو لوجود حالات تثير ألماً، أو عدم راحة في الأسنان. وأحياناً قد تكون مشاكل الأذن وخاصة ما يسبب منها ألماً فيها سبباً في ظهور حالة جرش الأسنان لدى الطفل. وهناك من يرى أن الحالة تنتج عن أسباب عامة في الجسم كوجود ديدان في البطن، أو نقص في أحد العناصر الغذائية من الفيتامينات، أو المعادن، أو وجود حساسية، أو اضطرابات في الغدد الصماء.

ومـن الطبيعي أن لا يعلم الطفل بالأمر، وغالبهم يُعاني في صـباح اليوم التالي من ألم في عضلات الفك، أو ألم في أحد الأذنين، أو حتى من الصداع وصعوبة في النشاط للذهاب إلى المدرسة.

كما أن بالعادة لا يضـر الأمر بالأسـنان لكن أحد أهم آثاره النادرة هو أنه قد يتسـبب في زوال طبقة المينا الخارجية للأسـنان، أو حصـول تشـقق في الأسنان، أو أن تصبح فيها حساسية لحرارة الأكل، أو المشروبات.

مراجعة طبيب الأسنان قد تكون ضرورية حينما يُعاني الطفل من الأمر كآلام في الفك، أو الوجـه. أو صـداع، أو تحسـباً لظهور حساسـية، أو تفتت فيها. العلاج لـدى الطبيب يبدأ بالوسائل البسيطة لفحص احتمال وجود أي عدم تطابق في أسنان كِلاَ الفكين وإزالة أسباب ذلك إن أمكن، أو معالجة أي أسباب أخرى.

إن لـم تفلح هذه الخطوات، فإن اسـتخدام تركيبة حمايـة، قد تفيد على أقل تقدير في وقاية الأسـنان من التأثر، وهي ما يجب ملاحظة حسـن استخدام الطفل لها كي لا تؤثر على نمو الأسنان، أو شكل الفم.

الإسهال .. مشكلة شائعة لدى الأطفال



يبلغ عدد الأطفال الذين يصـابون بنوبة إسهال واحدة سنوياً على الأقل في العالم 500 مليـون طفل عمرهم أقل من خمس سـنوات. وهذا المرض من أكثر الأسـباب شـيوعاً لوفاة الأطفال في العالم، إذ يصل العدد إلى 5 ملايين طفل سنويًا. ولا يخلو بيت من معاناة أطفاله من مشـكلة الإسـهال الذي هو عبارة عن زيادة كمية وليونة البراز فيصبح البراز سائلاً غير متماسك.

وقد يصـاب الطفل بإسـهال بسـيط ويتبرز الطفل بين 4 إلى 6 مرات يومياً، أو متوسط وفيه يزداد العدد بين 6 إلى 10 مرات يومياً، أو شـديد ويصـل إلى أكثر من عشـر مرات في اليوم.

أسباب الإسهال

الغذاء : يحدث الإسهال عقب تغيير نوع الحليب المتناول من قبل الطفل، أو عند إضافة نوع جديد من الطعام للطفل، خاصة إذا لم يكن مناسباً لعمره. أما لدى الأطفال الأكبر سناً فيعتبر التسمم الغذائي food poisoning ، السبب الأول خاصة في حالة الإسهال الشديد، ووجود مصابين آخرين في الأسرة.

العقاقير الطبية : معظم المضادات الحيوية يمكن أن تؤدي إلى حدوث إسهال ويعرف بالإسهال المصاحب للمضادات الحيوية، كما يمكن أن تؤدي الفيتامينات إلى حدوث إسهال إذا أخذت بجرعات زائدة.

التهابات الجهاز الهضمي:

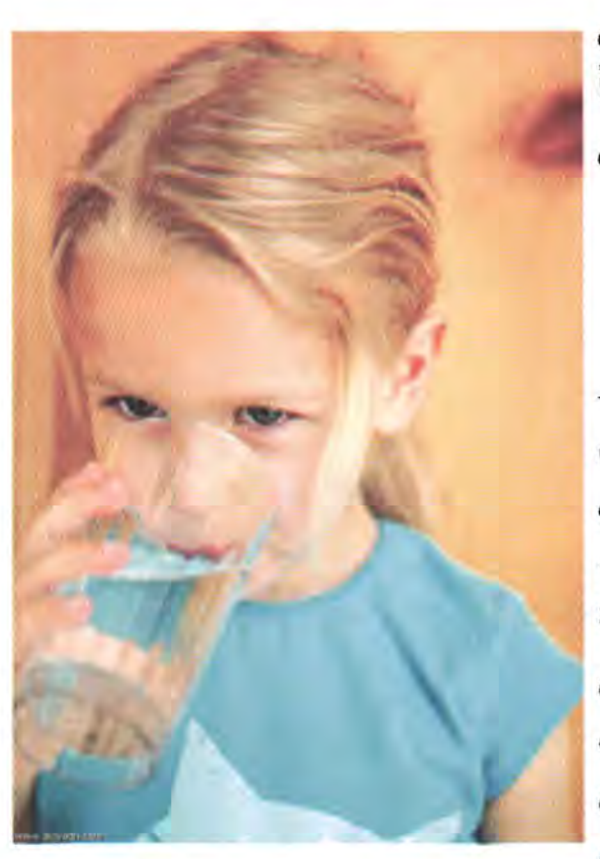
. الالتهاب الفيروسي : أكثر أسباب الإسهال شيوعاً لدى الأطفال خاصة الأقل عمراً مثل: الأدينو فيروس، والروتا فيروس، ويسبب بما يسمى: بالإسهال المائي، الذي عادة ما يكون بسيطاً، ويصاحبه ارتفاع طفيف في درجة الحرارة، وقيء لعدة أيام، ويكثر حدوث الإسهال المائي في فصل الشتاء.

. الالتهاب البكتيري : ويكون الإسهال شديداً، وقد يظهر في البراز قطرات من الدم، ويصاحبه ارتفاع شديد في درجة الحرارة لأكثر من 38.5 درجة مئوية وقيء، ويمكن تحديد نوع البكتيريا بإجراء مزرعة للبراز.

. الطفيليات : ويكون بسيطاً ولا يصاحبه ارتفاع في درجة الحرارة، أو قيء، ويتم تشخيصه بصورة دقيقة عن طريق مزرعة البراز أيضاً لمعرفة نوع الطفيل المسبب للمرض، الذي من أنواعه: الجيارديا والأميبا.

وتنتج العدوى البكتيرية والطفيلية جراء تناول أطعمة، أو شرب مياه ملوثة مثل: اللحوم والألبان، التي تنقل بكتيريا السالمونيلا مسببة إسهالاً مع ارتفاع درجة الحرارة، أما المياه فتنقل طفيل الجيارديا ، الذي يؤدي إلى الإسهال مع غازات البطن، مما يؤدي إلى انتفاخ شديد في البطن، أما المياه الملوثة في حمامات السباحة فتعد من أهم أسباب انتقال بكتيريا الشيجلا المسببة للإسهال الممزوج بالدم.

. الأمراض العامة : من المعروف أن الكثير من الأمراض بشكل عام قد تكون السبب في الإصابة بالإسهال، كالتهاب اللوزتين، أو الأذن الوسطى، أو التهابات مجرى البول، والتهابات



الأمعــاء المزمنة كالكرونــزو، الذي عادة يصــيب الأكبــر ســناً (تقريباً عند السادســة عشــرة) وغيرها من الأمراض.

المضاعفات والعلاج:

ويعد الجفاف من أهم وأخطر مضــاعفات الإســهال، وعلــى كل أم ملاحظــة ظهــور أعراضــه، التــي منها ازدياد شــعور الطفل بالعطش، والبكاء بدون دموع، جفاف الأغشية المخاطيــة واللســان والشــفاه مــع قلة عــدد مــرات التبول، وقــد يؤدي الجفاف إلــى انخفاض الجزء اللين من الدمــاغ (ويســمى اليافوخ) عن مستوى ما حوله ويحدث ذلك للأطفال أقل من 18 شهراً، كما يفقد الجلد مرونته، مع فقدان الشهية للطعام وفقدان الوزن، مع ارتفاع درجة الحرارة وسرعة ضربات القلب.

يجب أخذ الطفل إلى الطبيب إذا كان عمره أقل من 6 أشهر، وإن كان الإسهال مصحوباً بارتفــاع في درجة الحرارة (39 درجة مئوية) وقيء لأكثر من 8 ســاعات واحتواء القيء على مخاط أخضــر، أو دم، أو احتواء البراز أيضــاً على مخاط، أو دم. عدم تبول الطفل لأكثر من 8 ساعات، الميل إلى النوم، أو النعاس الشديد.

ومن أهم الأمور التي يجب عندها رؤية الطبيب: حدوث تصلب في رقبة الطفل، ووجود ألم شديد في البطن لأكثر من ساعتين.

كيفية العلاج: في حال الإســهال البسيط والمتوســط يجب تعويض السوائل المفقودة من جســم الطفل، بإعطائه قدر المســتطاع من الماء والســوائل، وأفضلها عصير التفاح والـ «سفن آب» لاحتوائه على كميه كافية من الأملاح اللازمة لتعويض الفاقد منها. ويجب تجنب

المشـروبات المحتويـة على مادة الكافييـن، التي تؤدي إلـى زيادة كمية السـوائل والأملاح المفقودة من الجسم.

في حال الإسهال الشديد : الإسهال الفيروسي يتوقف من تلقاء نفسه بعد انتهاء دورة حياة الجرثومة المسـببة له، التي تتراوح بين يوم إلى عشـرة أيام، لذا لا يوجد علاج يُعطى للمصاب سوى تعويض السوائل المفقودة من الجسم باستخدام محلول الجفاف الذي يعوض السـوائل المفقودة بشـكل متوازن، ويساعد جدار الأمعاء على اسـتعادة وظيفته التي عطلها وجود الجراثيم المسببة للإسهال.

أمـا الإسـهال البكتيـري، فيعالـج بتعويض السـوائل المفقودة من الجسـم مـع تناول المضادات الحيوية الموصوفة من قبل الطبيب بعد معرفة نوع البكتيريا المسببة للإسهال.

التغذية السليمة : الأطفال الرُضَّـع المعتمدون على الرضـاعة الطبيعية، أفضل علاج لهم هو الاستمرار بالرضاعة بأي كمية، وفي أي وقت لما في حليب الأم من مواد نافعة تساعد على اسـتعادة الغشـاء المبطن للأمعاء ومقاومة للبكتيريا، ومن الممكن إعطاء الطفل كمية قليلـة من محلول الجفـاف لتعويض الفاقد. أما الأطفال المعتمدون على الحليب الصـناعي فيجب استشارة الطبيب لاختلاف طرق الغذاء حسب الحالة.

أما في حال الأطفال الأكبر فيفضل إعطاء الطفل خلال الأربعة والعشرين ساعة الأولى، أيًّا من المأكولات التالية: الموز، التفاح، الأرز المسـلوق، أو ماءه، خبز التوسـت، البطاطس المسـلوق، ثم يتم إضافة الأطعمة الأخرى تدريجياً في خلال الثماني والأربعين ساعة التالية مع اجتناب الأطعمة التي تحتوي على السـكريات، والدهون، ومن الأفضـل اجتناب منتجات الألبـان لمـدة 3 إلى 7 أيام، ومن ثم يمكن العودة إلى تنـاول كل أنواع الأطعمة بعد 3 أيام من توقف الإسهال.

الإسهال عند الأطفال .. متى يستوجب نقله إلى الطوارئ ؟



يتعرض الطفل في سنوات حياته الأولى للعديد من الحالات المَرَضِيَّة ويأتي في مقدمتها حالات الإسهال. وتظل الأم في حيرة من أمرها، كيف تتصرف؟ ومتى تصطحب وليدها إلى عيادة طبيب الأطفال؟ وما هي الإسعافات الأولية الممكن عملها في المنزل؟ إلى غير ذلك من الاستفسارات الوجيهة التي تحتاج منا التوضيح والشرح.

ما هو الإسهال عند الأطفال؟ وما هي الأسباب؟

الإسهال هو زيادة عدد مرات التبرز عند الطفل، ويصير البراز سائلاً مثل الماء وقد يتغير لونه ويصاحبه دم ومخاط. وقد يكون الإسهال غير مرضي: ويكون في الأطفال من سن 2 - 4 سنوات، ولا يصاحبه قيء، أو ارتفاع في درجة الحرارة، وتكون زيادة الوزن طبيعية ولا يؤدي إلى الجفاف.

وقد يكون إسهالاً مرضياً، ويكون إما بكتيرياً، أو فيروسياً، أو بسبب الطفيليات مثل: الديدان، أو التسمم الغذائي، وغالباً ما يصاحبه قيء، أو ارتفاع في درجة الحرارة وقد يؤدي

إلى الجفاف إذا كان شديداً.

كيف تعرف الأم أن الطفل لديه جفاف؟

الإجابة: بواسطة العلامات التالية:

ـ جفاف في اللسان والشفتين نتيجة قلة اللعاب. ـ قلة الدموع عند البكاء. ـ قلة التبول لمدة 8 ساعات مع تركيزه وشدة اصفراره.

كيف تعالج الأم الإسهال في المنزل؟

إذا كان الإسهال بسيطاً أي أن الطفل تبرز 4 ـ 5 مرات بكميات قليلة، ليس مصحوباً بقيء، فيمكن:

ـ تغذية الطفل، كما هو معتاد عليه، ولا يغير الحليب. ـ يعطى محلول الجفاف لمد 6 – 8 ساعات.

ـ تجنب صيام الطفل.

ـ الابتعاد عن عصير الفواكه والمشروبات الغازية.

أما إذا كان الإسهال شديداً أي أن الطفل تبرز 8 ـ 10 مرات في اليوم وبكميات كبيرة غير مصاحبة بقيء، فإذا كان الطفل عمره أقل من سنة ويرضع حليب الأم، فيمكن:

ـ إكمال الرضاعة الطبيعية بصورة متكررة كل ساعتين.

ـ إذا كان الطفل أكثر من أربعة أشهر يعطى بطاطس مهروسة، أو أرز مسلوق أو مطحون، أو ماء الأرز المسلوق. ـ يعطى محلول الجفاف بين الرضعات إذا كان التبول قليلاً مثل محلول البديالايت Bedialyte .

أما إذا كان الطفل عمره أقل من السنة ويرضع صناعي فينبغي:

ـ زيادة السوائل وإعطاؤه محلول الجفاف لمدة 4 ـ 6 ساعات بدل الرضاعة. ـ بعد 4 ـ 6 ساعات إعطاء الطفل حليبه العادي، وقد يحتاج إلى إعطاء حليب خال من اللاكتوز، أو حليب الصويا إذا لم يتحسن الإسهال بعد ثلاثة أيام.

الإمساك لدى الأطفال .. وعلاماته



تشير الإحصائيات إلى أن 5% من أسباب مراجعة الأطفال في مختلف الأعمار للطبيب هي الإمساك المزمن، وعادة ما تظهر لديهم هذه الحالة بين سن الثانية والرابعة من العمر، فيشكو 4% من الأطفال ما دون سن السادسة من الإمساك المزمن، و2 % فيما بعد ذلك.

والطفل الطبيعي من حين الولادة وحتى سن 3 أشهر تتراوح مرات تبرزه بين 5 و40 أسبوعياً، أي بمعدل ثلاث مرات يومياً، وذلك حينما تكون رضاعته طبيعية من ثدي أمه. أما إن كانت رضاعته من غير حليب الأم فتتراوح مرات تبرزه بين 5 و28 أسبوعياً، أي بمعدل مرتين يومياً. وتتناقص المرات بعد هذه السن لتبلغ لدى الطفل الذي عمره بين 6 أشهر وسنة ما بين 5 و28 مرة أسبوعياً، ثم فيما بين عمر سنة وثلاث سنوات تتراوح من 4 إلى 21



مرة أسـبوعياً، وما فوق الثالثة من العمر تتراوح ما بين 3 و14 مرة أسـبوعياً، أي بمعدل مرة فـي اليوم. والنقص في عدد مرات التبرز ليس سـوى تطور طبيعي فـي قدرات أمعاء الطفل على التحكم بشكل أفضل في عملية التبرز.

علامات الإمساك

الإمسـاك لدى الطفل بالتعريف الطبي هو حالة تحصـل فيها قلة عدد مرات التبرز، أو يواجه الطفل فيها صعوبة في إتمامها، مما يسبب له إزعاجاً يجعله يشكو لذويه من الأمر إن كان في عمر بمقدوره ذلك. وحينما تسـتمر الحالة لمدة تتجاوز أسـبوعين، فإن الأمر يغدو إمساكاً مزمناً.

ولكن هذين الأمرين أي قلة عدد مرات التبرز، وصـعوبة التبرز ليسا وحدهما علامات وجود إمسـاك لدى الطفل، بل إذا ما أضـفنا إلى الأمر ما يراه بعض الأطباء بأن عدم قدرة الطفل على إتمام إفراغ القولون من البراز هو أحد مؤشرات وعلامات وجود إمساك، وهو ما يصعب على الطفل التعبير عنه إلَّا أن آثاره لا بد أن تظهر لاحقاً على ملابس الطفل الداخلية،

إذ أنه، حتى الأطفال الذين يتبرزون يومياً بإخراج كميات قليلة منه بينما يبقى الكثير منه في المستقيم، فإن ذويهم سيلحظون وجود بقايا البراز تلطخ ملابسهم الداخلية. من هنا يعتبر هذا الأمر علامة على وجود إمساك أيضاً لدى الطفل، حتى لو لم يشك منه أصلاً.

ومن بين الأعراض الأخرى لإمساك الطفل: إخراجه برازاً كبير الحجم وأكثر قسوةً بالنسبة للبراز المعتاد، أو مع وجود دم أحمر مختلط به، أو ألم في البطن وفقدان شهية الأكل، أو عدم رغبة الطفل في دخول الحمام ومقاومة ذلك، أو صراخه من الألم أثناء التبرز. كل هذه الأعراض تستدعي من الأم، أو المربية التنبه إلى ضرورة زيارة الطبيب لأخذ المشورة والعلاج.

تلطيخ الملابس

على الأم أن تتنبه وعلى وجه الخصوص إلى أن علامة تسريب البراز Encopresis كنتيجة للإمساك المزمن وعدم إتمام الطفل عملية إفراغ المستقيم وبالتالي ظهور بقع البراز في ملابس الطفل الداخلية، هي حالة تختلف عن حالة سلس البراز incontinence الناتجة عن وجود اضطرابات وظيفية، أو عضوية في فتحة الشرج، أو أمراض في عضلاته العاصرة، أو بعد العمليات الجراحية في فتحة الشرج.

والملاحظ أنه في حالات الإمساك المزمن أن تلطيخ البراز يكون قليلاً من ناحية الكمية وسائلاً من ناحية المحتوى. وأنها قد تحصل مرة، أو عدة مرات في اليوم، أو كل بضعة أيام.

هذه الحالة لأي سبب كان، تصيب 2% من الأطفال، ويتساوى الإناث والذكور في التعرض لها قبل سن السادسة، أما بعده فتصيب الأولاد بنسبة تتجاوز ثلاثة أضعاف ما تصيب البنات، وما بعد سن العاشرة، فإن من الملاحظ أن1.6 % من الأولاد تحديداً يظل يُعاني من هذا الأمر.

وبشكل مجمل، فإنه عند حصول الإمساك المزمن، فإن 35% من البنات و55% من الأولاد يصيبهم تسريب البراز في ملابسهم الداخلية.

وهذه المشكلة وإن كانت تنشأ لدى معاناة الطفل من إمساك مزمن نتيجة تسريب الامتلاء البرازي المتكون في المستقيم مع مرور الوقت وعدم سيطرة الطفل على منع



خروجه، أو تنبهه إلى حصـول ذلك، إلَّا أن زوال الإمسـاك لا يعني بالضـرورة زوال تسـريب البـراز إلى الملابس الداخلية، بـل يأخذ الأمر وقتاً، حتى يـزول بالتدريب الجيد على إتمام إفراغ المستقيم دائماً من البراز، حتى يعود حجمه إلى الحد الطبيعي.

أسباب الإمساك

أسـباب الإمسـاك عند الأطفال قد تكون عضـوية وقد تكون وظيفية، فحينما تحصـل حالة الإمسـاك لتغير في الوتيرة المعتادة لتبرز الطفل، فإن الغالب أسـباب وظيفية. وأهمها إحسـاس الطفل بألم أثناء التبرز، فيتحاشى بالتالي ذلك الأمر ويُقاوم رغبته في التبرز كأن يضغط على عضلات فتحة الشرج العاصرة، أو يقف باعتدال شديد، حتى تزول الرغبة لديه في التبرز، مما يجعل البراز يتجمع في الأجزاء السـفلى من القولون بكمية أكبر، ومع الوقت تأخذ هذه المحتويات بالجفاف أكثر. ومع مرور وقت أطول على هذه الحال تأخذ العضـلات والأعصاب في القولون بالارتخاء والتعود عليه. وتتكون نتيجة لذلك كتلة صلبة في المستقيم

من البراز. المشـكلة تظهر حينها في صـعوبة إخراجها وتخليص الجسم منها بالكامل، كما وأيضـاً في تسـرب البراز الأكثر سـيولة دون شـعور الطفل وبالنتيجة تلطيـخ ملابس الطفل الداخلية دون أن يكون هناك ذنب للطفل في حصوله.

كما أن من الأسباب الوظيفية الأخرى : قلة تناول الطفل للسوائل، أو قلة تناول الألياف التي في الفواكه والخضـار والبقول والحبوب، أو كثرة تناول مشتقات الألبان، أو قلة ممارسة الرياضة البدنية، أو كأثر جانبي للعديد من الأدوية.

الأسباب العضوية متعددة لكنها غالباً ليست السبب طالما أن الطفل كان طبيعياً، وهنا يأتي دور الطبيب في الكشف عنها وتمييزها، مما يُحتم مراجعته والمتابعة لديه.

نصائح

نشـرت مجلة رابطة طب الأسـرة الأميركية لعلاج إمسـاك الأطفال المزمن، دراسـة مراجعة لمشـكلة الإمساك المزمن لدى الأطفال، تضمنت جملة من النصائح للأمهات حول كيفية تعاملهن معها لدى الطفل، وملخصها النقاط التالية:

. الحفاظ على الروح الإيجابية في التعامل مع مشكلة الطفل هذه، فغضب الأم وتوعدها الطفل بالعقوبة، أو إشـعارها الطفل بالخجل من شـكواه، أو صراخه أثناء التبرز، أو ممانعته للذهاب إلى الحمام وعلى وجه الخصـوص تلطخ لباسـه الداخلي، هو أسوأ ما يمكن للأم أن تفعله وسيزيد المشكلة تعقيداً.

. تذكر كيفية عمل أعضاء الجسم، فبعد تناول الطعام تعمل الأمعاء على زيادة حركتها كـي تدفع الطعام نحو الأجزاء الداخلية من الجهاز الهضـمي. وحركة الدفع إلى الأمام هذه قـد تؤدي إلى نشـوء رغبة في التبرز لدى الطفل، وهنا تسـتطيع الأم تَحَيّن الفرصـة للطلب من الطفل، أو حثه على الذهاب إلى الحمام للتبرز، هذا مع جعل جلوس الطفل على كرسـي الحمام مريحاً عبر وضـع حلقة مناسـبة لحجم جسـمه في أعلى المقعد ووضع شيء مرتفع نسبياً يستطيع الطفل وضع رجليه عليه كي يرتاح عندما يستدعي التبرز وقتاً طويلاً قد يصل إلى 10 دقائق، والبقاء معه ومحادثته أثناءها، حتى يفرغ من قضاء حاجته. وشددت الرابطة على دور ترغيب الطفل في هذا وذكرت وسائل من الأمور التي قد تقدمها الأم مكافأة للطفل على تعاونه.

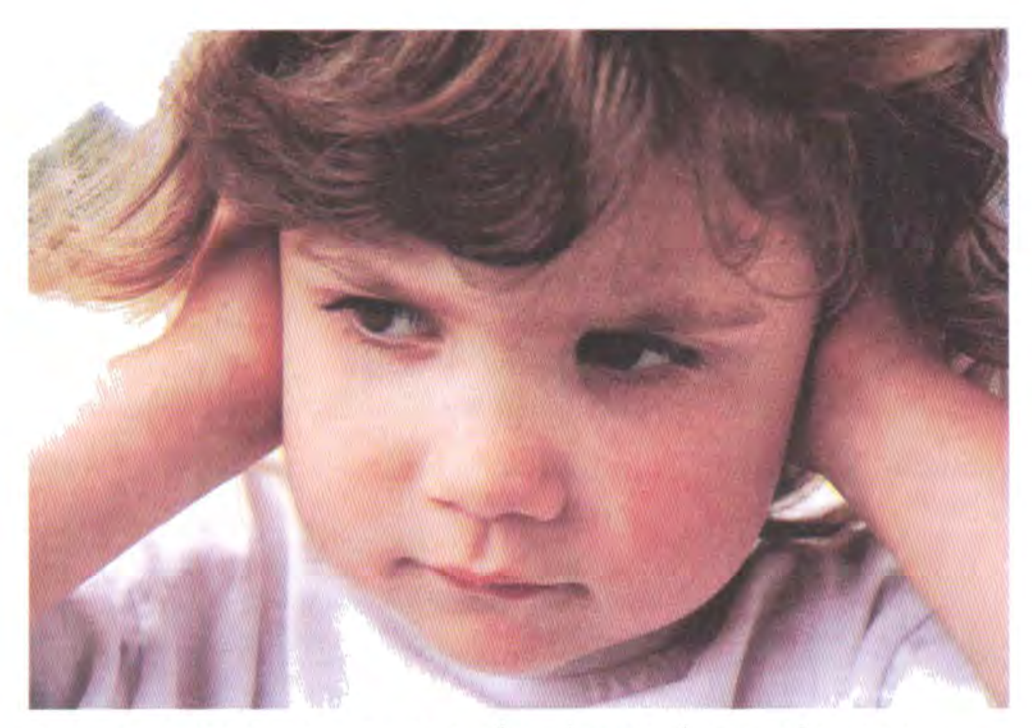
ـ ملاحظة الأم متى يذهب طفلها إلى الحمام وكم من الوقت يستغرق فيه، ومواصفات البراز الذي يُخرجه، ومدى نظافة لباسه الداخلي.

ـ تقديم وجبات غذائية للطفل تحتوي على الألياف كالتي في الحبوب والخضار والفواكه. وكمية الألياف التي يحتاجها الطفل تقدر عادة بالعمر زائداً 5. أي أن الطفل ذا الـ10 سنوات من العمر يحتاج إلى 15 غراماً من الألياف يومياً.

ـ حث الطفل على شرب الماء والسوائل الأخرى من العصير الطازج، أو الشوربة وغيرها. مع ملاحظة أن بعض الأطفال قد تخف لديه مشكلة الإمساك حين التقليل من شرب الحليب، أو تناول مشتقات الألبان وعدم تجاوز كمية الحليب المتناولة يومياً 3 أكواب.

ـ حث الطفل على الرياضة البدنية اليومية وشرب السوائل أثناء ممارستها.

التهاب الأذن الوسطى عند الأطفال



يعد التهاب الأذن عند الأطفال من أهم الأسباب التي تؤدي إلى زيارة الطبيب من فترة إلى أخرى، وعلى الرغم من استعمال الكثير من الأدوية وخصوصاً المضادات الحيوية، إلَّا أن المشكلة تبقى قائمة، ويعتبر هذا النوع من التهابات الأطفال الأكثر شيوعاً عند الأطفال بعد الرشح والزكام خصوصاً في مراحل حياتهم الأولى.

حوار مع الدكتور هشام الخطيب اختصاصي أطفال في دائرة الصحة والخدمات العامة:

ما هي الأذن الوسطى؟

- تتكون الأذن من الأذن الخارجية والوسطى والداخلية، وتقع الأذن الوسطى بعد



طبلة الأذن مباشــرة، وتتكون من ثلاث عظمات صــغيرة وتنقــل الذَبْذبات من الطبلة للأذن الداخلية.

ما هو سبب التهاب الأذن الوسطى؟

- تحدث أغلب الالتهابات إما بسبب الفيروسات أو البكتيريا، وأهم الالتهابات وأكثرها شيوعاً هو التهاب الأذن الوسطى، خاصة بعد إصابة الأطفال بالزكام، حيث إن الطفل يشكو مــن ألم شــديد فــي الأذن. أما الرضــيع فيعاني من ارتفــاع في درجة الحرارة وصــعوبة في الرضاعة بالإضافة إلى البكاء المتواصل، وفي هذه الحالة يجب معالجة الالتهاب بسرعة.

ما هي أهم العوامل المسببة للالتهاب؟

- يصــاب الأطفال خلال الســنوات الثلاث الأولى بالتهاب الأذن الوســطى، وذلك لأن قناة أســتاكيوس عند الأطفال أقصــر وأضــيق وأكثر اســتقامة من البالغين، وبالتالي يسهل دخــول الجراثيم إليهــا عن طريق التجويف الفمــي ومنه إلى الأذن، أمــا العامل الثاني: فهو التهاب الجهاز التنفسي، حيث إن نزلات البرد والرشح لها تأثير كبير على الالتهاب، والأطفال

المصابون بحساسية يكونون أيضاً معرضين للإصابة. كما أن الرضاعة الصناعية تزيد من احتمال حدوث الالتهاب أكثر من الرضاعة الطبيعية.

هل التهاب الأذن الوسطى مُعْدٍ؟

- لا هـذا النـوع مـن الالتهابات غير معد، لكن مصـاحبته لالتهابات الجهاز التنفسـي العلوي مثل الرشح والزكام هي المعدية.

ما هي أعراض التهاب الأذن الوسطى؟

- يصاحب الالتهاب أعراض مختلفة وتتفاوت حسب العمر، منها ارتفاع درجة الحرارة ويكثر عند صـغار العمـر، والألم من العلامات المميزة وحكة شـديدة لـلأذن والبكاء أثناء الرضاعة؛ لأن الرضاعة تزيد من الضغط داخل الأذن، مما يؤدي إلى مزيد من الألم وبعضهم يصابون بإسهال وإرجاع، وخروج إفرازات بيضاء وصفراء من الأذن وضعف السمع.

ما هي أهم المضاعفات؟

- إن التأخر في العلاج أو إعطاء المُصـاب علاجاً غير منـاسـب يؤدي إلى تطور الحالة وتتأثر مقدرة السـمع عند الطفل، وإن التهابات الأذن المتكرر غير المعالج بطريقة صحيحة يؤدي إلى الصمم الدائم.

كيف يمكن حماية الأطفال؟

- في حال كان الطفل رضيعاً يجب تفادي إرضاعه وهو مستلق على ظهره؛ لأن الحليب يصـل إلى الأذن عن طريق قناة أسـتاكيوس فيجب أن يكون مستوى الرأس أعلى من المعدة، ويجب علاج التهابات الجهاز التنفسـي وتضخم اللحمية والحساسية الأنفية وإبعاد الأطفال عن الدخان والسجائر واعتماد الأم على الرضاعة الطبيعية.

كيف يتم علاجه؟

- يختلف العلاج من طفل لآخر حسـب نوع الالتهاب، سـواء كان بكتيرياً أو فيروسـياً،

أو وجـود احتقـان، ولكن في أغلب الحالات يحتاج المُصـاب إلى تناول المضـادات الحيوية، وعلى الأهل إعطاء الدواء كاملاً، حتى ولو تم التحسن؛ لأن إيقاف الدواء دون إنهائه سيؤدي إلــى انتكاس المريض من جديد، وفي حال لم يتحســن الطفل خـلال يومين فيجب مراجعة الطبيب، وفي حال ارتفاع درجة الحرارة يســتعان بخافضــات الحرارة، وعند تكرار الالتهاب أكثر من مرة يحول الطفل إلى اختصاصــي أنف وأذن وحنجرة؛ لأن بعض الأطفال يحتاجون لتهوية الأذن بواســطة أنبوب بهدف تسريع إزالة الســوائل من الأذن ليتحسن مستوى السمع عند الطفل.

85 ٪ من الأطفال المصريين يتعرضون لالتهابات الأذن الوسطى



يتعرض الكثير من الأطفال لالتهاب الأذن الوسطى، ويقول الدكتور «كرم عبد العليم محمد» أستاذ السمعيات والتخاطب أن نسبة هذا المرض تبلغ 85 % بخاصة قبل بلوغ الأطفال سن الثالثة.

وحول أسباب هذا المرض يقول: إن السبب يرجع إلى أن قناة «أوستاش» عند الأطفال تكون أقصر وأضيق وأكثر استقامة من البالغين، وبالتالي تساهم في تراكم الإفرازات في منطقة الأذن الوسطى بسهولة، كما أن التهاب المجاري التنفسية العليا، مثل: الزكام ونزلات البرد والتهاب الأنف والبلعوم، والتي تسبق التهاب الأذن تكون معدية، ومن الممكن أن تساهم تجمعات الأطفال على الإصابة بها، وبالتالي تعرضهم لالتهاب الأذن يكون أكثر، وأيضاً الأطفال المصابون بأمراض الحساسية يكونون أكثر عرضة للإصابة بالتهاب الأذن الوسطى، وكذلك الأطفال المقيمون مع شخص مدخن. كما أن الرضاعة الصناعية تزيد من نسبة الإصابة بالمرض خاصة في فترة النوم لدى الأطفال.

ويمكن الوقاية من بعض العوامل المساعدة على التهاب الأذن مثل:

تفادي إرضاع الطفل وهو مستلق على ظهره، حتى لا يصعد الحليب، أو السوائل إلى الأذن من خلال قناة أوستاش.

عدم تعريض الطفل لدخان السجائر لأن ذلك يقلل من إمكانية الإصابة بالتهاب الأذن الوسطى.

وعـن أعراض المرض وكيفية ملاحظتها لدى الأطفال يوضـح د. «عبد العليم» أن هذه الأعراض تختلف حسـب مراحل الطفولة ففـي حالة الأطفال حديثي الـولادة غالباً ما يعبر الأطفال عن الألم بالصـراخ عالياً ليلاً، حيث يزداد الألم ويحرك الطفل رأسه يميناً ويساراً لوجود أمر غريب في أذنه يريد أن يعبر عنه، فلا بد أن تنتبه الأم لذلك وتعرضه على الطبيب المختص.

أما الأطفال الصـغار، فيكون لديهم ألم وتقيؤ وإسـهال نتيجة انعكاسـات عصيبة على الجهاز الهضمي لديهم. أما في الأطفال الأكبر سناً والذين يستطيعون الكلام فإنهم يعبرون عنه بالكلام نتيجة وجود الألم المبرح، ويعمل الطبيب هنا ثقباً بالأذن، حتى يصرف التجمع المخاطـي الصـديدي المتكون، والذي يسـبب الألم؛ لأنه يضـغط على طبلـة الأذن. أما إذا حدثت الإصـابة وتأكّد فعـلاً وجود الالتهابات داخل الأذن يتوقف العلاج هنا على المسـبب، وذلك عندما يتبين للطبيب أن السبب فيروس وكانت صحة الطفل العامة جيدة، فمن الممكن أن ينصح بعدم إعطاء أدوية على أن تتم الملاحظة للتطورات، وإبلاغ الطبيب بها إذا ساءت الحالة.

أما إذا كان السـبب بكتيرياً، ففي هذه الحالة يتم وصـف مضـادات حيوية لقتل أو على الأقل وقف آثار المرض، وفي جميع الحالات يصف الطبيب العلاج عن طريق إعطاء الأدوية المسكنة والأدوية المضادة للهيستامين لتقليل الاحتقان.

وإنه لمن سـوء الحظ، فإن التهابات الأذن من الممكن أن تتكرر، وربما ينصح الطبيب بخيـارات علاجية أخرى، مثل أن يقوم بإجراء شـق جراحي صـغير في طبلة الأذن وتسـمى العملية: «myringotomy » للسـماح بتصريف السـوائل وتقليل الألم والضغط، وربما ينصح بوضـع أنبوب صـغير جداً في طبلة الأذن وتسـمى: العملية: . myringotomy tube. للسـماح لقناة «أوستاش» بالعودة إلى طبيعتها، ربما ينصح الطبيب باستشارة أخصائي النطق لتقييم مهارات الطفل اللغوية ومقدرته على النطق.

اضطرابات السمع ترتبط بالدماغ

ثمة أشـخاص عديدون لديهم آذان سـليمة، لكنهم رغم ذلك لا يسـمعون بشـكل جيد. وهـذا يدل علـى أن أدمغتهم بدأت تدب فيها الشـيخوخة. ويحدث فقدان السـمع ليس فقط بسبب خلل في الأذن، بل أيضاً بسبب مشاكل في الدماغ مرتبطة بتقدم السن.

يرى الباحثون بوضـوح أكثر كيف ينقل الدماغ المعلومات كلما تقدمنا في السـن. على الرغم من أن الشـخص الهرم يكون متمتعاً بآذان بحالة جيدة، إلّا أنه يواجه اضـطراباً في السمع بسبب الشيخوخة.

وبالإضـافة إلى عامل العمر الذي يحد من قدرة السـمع تضـع الفرق الطبية يدها على أدلة أكبر بخصوص مشاكل تغذية في الدماغ من شأنها تدمير القدرة على السمع. في اللقاء



السنوي لجمعية الباحثين في طب الأنف والأذن والحنجرة المنعقد في «نيو أورليانز» في فبراير 2005. ناقش الأطباء آخر النتائج حول سعيهم لمعرفة دور الجينات في قدرة الدماغ على معالجة المعلومات المرسلة من الأذن، حسب تقدم العمر.

وكانت دَرَجت العادة أن يركز الأطباء اهتمامهم في بداية معاينتهم للمريض، على فحص الأذن. لكننا أكثر فأكثر، نجد مرضى يُعانون من اضطرابات في السمع مع أن آذانهم لا تزال سليمة. يوجد أشخاص بآذان داخلية سليمة ولا يسمعون جيداً، وهذا لأن دماغهم صار طاعناً في السن.

يلعب الدماغ عادة دوراً رئيساً في استخلاص المعلومات التي تجمعها الحواس كل يوم مثل: الألوان والأشكال التي تطالعنا، وأصناف الأشياء التي نتلمسها ونتحسسها والأصوات التي نتلقاها. وقد توصلت الدراسات إلى استنتاج أن قصور نظام التغذية في الدماغ يعرض الأذن إلى عوامل التلف.

إن قدرة الدماغ على اختيار المعلومات الواردة إلى الأذن وإهمال تلك التي لا ضرورة لها تبدأ بالتراجع بعد سن الأربعين، أو الخمسين دون ملكة تصفية المعلومات وانتقائها، يغرق الشخص في كمية المعلومات المتدفقة ويصبح غير قادر على تنظيمها. وتهافت المعلومات التي لا تجد طريقها نحو التنظيم والترتيب والاختيار تؤذي قدرة الشخص على السماع بشكل جيد.

وأكثر ما يشكو منه كبار السن هو صعوبة سماع الأحاديث بسبب وجود طنين في الأذن (أو ضجيج خلفي). فقد يحدث أن يسمع البعض جيداً لدى وجودهم في محيط هادئ كالمنزل، وتتغير الأمور ويصبحون في دوامة ضجيج حين يتواجدون في مطعم، أو حفلة.

ويقر أطباء الأعصاب باحتمال أن يكون القصور في نظام تغذية الدماغ ناجماً عن نقص في الكالسيوم في جذع الدماغ. وفي حين عرفت عشرات الجينات التي تساهم في إحداث الصمم الولادي، إلَّا أن أياً من الجينات المسؤولة عن فقدان السمع بسبب التقدم في العمر لم تكشف بعد.

أحدث البحوث الواعدة تميل إلى الاعتقاد بأن بعض الجينات تؤثر سلباً على عمل بعض الكيميائيات في الدماغ مثل: . glutamate hgaba »، وهي مرسلات عصبية تُمكن الخلايا العصبية الموجودة في الدماغ والأذن من الاتصال ببعضها.

وظيفة الأذن تحويل الطاقة الصوتية إلى إشارات كهربائية وإرسالها إلى الدماغ لقراءتها

الأذن تشبه في عملها أعضاء أخرى محولة للطاقة مثل العين، فكما أن العين تبدأ عملها من حين دخول الضوء إليها، وتتلخص وظيفتها بتحويل طاقة الضوء إلى إشارات كهربائية تذهب إلى الدماغ مباشرة لفك شفرتها. كذلك الأذن تتلقى الأصوات الآتية من الخارج وترسلها إلى الدماغ.

وهناك آلية لتولد الأصوات داخل الأذن: الهواء ينقل الأصوات إلى قناعة الأذن (ومعروف أن الصوت مستحيل أن يُنقل في مكان مفرغ من الهواء)، وارتجاجه في قناة الأذن يحدث اهتزازاً في طبلة الأذن التي بدورها تنقل ذبذبات الهواء إلى العظيمات الثلاث، مما يؤدي إلى تحرك سائل القوقعة الذي يبدأ بتحميل الخلايا العصبية الإشارات التي تذهب تالياً عبر الأعصاب إلى الدماغ.

فالأصوات إذاً تصل إلى الأذن الداخلية (القوقعة) عبر مجرى السمع الخارجي ثم الطبلة (وهي غشاء مكون من أنسجة عضلية وجلدية) ثم سلسلة العظيمات (المطرقة - السندان - الركاب) والدور الأساسي لهذه الأذن الداخلية، هو تحويل طاقة الاهتزازات الصوتية إلى طاقة كهربائية بما يشار إليه بتحول ميكانيكي كهربائي.

هذا الترميز يتحقق بواسطة خلايا معينة تسمى: «هدبية» تكون موصولة بالنهايات العصبية للعصب السمعي. هذه الرسالة الكهربائية تنتقل لاحقاً إلى الجذع الدماغي، ثم إلى الدماغ على مستوى المجالات السمعية والخلايا المهدبة مختلفة فيما بينها وموزعة حسب تردد الأصوات (أصوات إما رفيعة وإما غليظة)، التي تشفرها تماماً مثل مفاتيح آلة البيانو.

ترميز هذه الأصوات الرفيعة يؤمنه القسم السفلي القاعدي للقوقعة، والأصوات العريضة يؤمنها القسم العلوي. وينبغي معرفة أن الصوت لا ينقل مباشرة من خلال المستقبلات العصبية، بل هو يخضع لعملية التحويل لكي يصل مثلما هو عليه الحال، ويتم ذلك عبر ثلاث مراحل:

. في المرحلة الأولى: الأذن الخارجية بجزأيها: صوان الأذن والقناة السمعية تعمل على تضخيم الموجات الصوتية ونقلها إلى الطبلة.

. في المرحلة الثانية : الأذن الوسطى تدفع الصوت باتجاه القوقعة. وهناك ثلاث طرق تضخم بها الأذن الداخلية الصوت أثناء نقله من الهواء إلى السائل الموجود في القوقعة التي تشبه بالشباك البيضاوي.

. المبدأ الهيدروليكي : حيث يتضخم الصوت بسبب اشتداد ضغط ذبذباته على جدار الطبلة، وإذا كانت الطبلة التي تقف على حدود ضيقة مع الأذن الداخلية المكونة من جدار عظمي ممتلئ بالهواء تشبه في شكلها وعملها صفحة آلة الطبلة، فإن الأذن الداخلية تشبه جسم الآلة.

. مبدأ الرافعة : فشكل العظيمات هو بمثابة الرافعة، حيث إن فيها ما يشبه الأذرع الطويلة وأخرى يشبه أذرعاً قصيرة.

. الفتحة المستديرة في طرف القوقعة : في حين توجه الطبلة والأذن الداخلية الصوت نحو الجهة البيضاوية من القوقعة التي هي أنبوب مليء بالسائل تبقى الجهة الأخرى المستديرة محمية من جدار الأذن الداخلية، حتى لا تتلقى الصوت في الوقت نفسه وتخسر مزيداً من الطاقة هباء.

. في المرحلة الثالثة : القوقعة التي في الأذن الداخلية تحول طاقة الصوت إلى الدفاع العصبي، ثم إلى الدماغ في الفص الصدغي تحديداً، حيث يكمن مركز السمع.

حاسة السمع كنظام دفاعي للكائنات

بعض الكائنات تعتمد على قوة الحواس لديها التي تشكل بالنسبة لها نظاماً دفاعياً تتقدم به على الإنسان يتيح لها القضاء على الأعداء، والبحث على مصادر الغذاء وبالتالي تحقيق بقائها والتأقلم مع البيئة الجديدة التي تتواجد فيها. ففي حين يجد الإنسان صعوبة في التنقل ليلاً في الظلام يستطيع طائر البوم تحديد مكان فريسته مهما اشتد الظلام، وعلى مسافات بعيدة، ويعود السر في ذلك إلى طوق الريش حول الرأس الذي يساعد مجرى الصوت داخل الأذن.

ولتحديد الاتجاه الذي يأتي منه الصوت يقوم دماغ البوم بقياس فرق الوقت الذي يستغرقه الصوت للوصول إلى كل أذن. وقد أثبت العلماء أن الدماغ يؤول المعلومات الآتية من الأذن بنفس قدرة المعلومات التي تتلقاها العين لدى الإنسان، حتى أن البوم قادر في نسبة

أقل على تحديد حجم الفريسة في ظروف مشابهة. ومثلما هي حاسة السمع مفيدة لبعض الحيوانات، كذلك حاسة الشم بالنسبة للبعض الآخر.

فبالنسبة لوحيد القرن مثلاً، فإنه بالإضافة إلى أن أذنيه لديهما القدرة على تحديد اتجاه الصوت، فإن المجاري الأنفية لديه أيضاً هي أكبر بكثير من حجم دماغه، وهي تساعده في نظامه الدفاعي وتلمسه لوجود الخطر، فحاسة السمع تشترك مع حواس أخرى وترتبط بالعقل.

فالأصم لا يستطيع تعلم النطق؛ لأن النطق وطريقته مرتبطان بالتعلم وكشرط أول بالسماع. والسمع فعل واع يرتكز على الاختيار العقلي والانتقاء. فأحياناً نكون مستغرقين في العمل وفي الوقت نفسه نستمع إلى الموسيقى. لكن رغم ذلك فالموسيقى لا تشتت انتباهنا لأننا نكون اخترنا عقلياً التركيز على العمل وعدم الاهتمام بالموسيقى، حتى إننا نكاد لا نسمعها على رغم وجودها.

والسمع مرتبط بطريقة أو بأخرى بالعقل، حتى يبدو وكأنه درجات وحتى على الصعيد اللغوي هناك فرق بين السمع والاستماع listening and hearing . وهناك حالات يستعمل فيها كلمة السمع وكأنها تعني «الفهم»، أليست اللغة هي تعبير عن المفاهيم المجردة والفكرية والعمليات الذهنية؟

الربو الشعبي
المرض الذي يختفي عند سن البلوغ



أكـد الدكتـور «خالد بن عبد الله المنيع» استشـاري طب الأطفال أن المصـاحبة للربو الشعبي هي: «الوراثة»، وقد تلعب دوراً مهماً في نشوء مثل هذه الأعراض، وقال: تبلغ احتمالية إصـابة الطفل بالربو 25 % في حالة إذا كان أحد الوالدين مصـاباً، وتزداد النسبة إلى 50 % إذا كان كلا الوالدين مصابين.

وأشـار أن بعض الأثاث المنزلي وأغطية السـرير والسـتائر تحتوي على ما يسمى بعثّة الفرش، وهـو كائن مجهري يعمل على تحفيز الجهاز المناعي، مما يحدث أزمات الربو لدى الأطفال الذين لديهم الاستعداد الوراثي للإصـابة، لذا يفضـل غسـل تلك الأغطية بالماء السـاخن مرة كل أسـبوعين، واسـتخدام الأغطية الطبية للمخدات والأسـرة. جاء ذلك في الحوار التالي مع الدكتور المنيع.

زيادة الحساسية

بماذا يعرف الربو الشعبي؟

يعرف الربو الشعبي: أنه زيادة حساسية الشعيبات الهوائية لمهيجات متعددة، مما ينتج عنه تضيُّق متكرر ورجعي لتلك الشعيبات، ويصيب الربو من 5 – 10 % من سكان العالم، كما يصاب الذكور بما يقرب الضعف مقارنة بالإناث قبل البلوغ أما بعد ذلك، فإن النسبة تكاد تكون متساوية.

نوبات

ما هي أعراضه وتشخيصه؟

– تبدأ ظهور الأعراض عند 30 % من الأطفال المصابين عند بلوغ السنة الأولى من العمر، بينما تبدأ الأزمة الأولى لدى 80 – 90 % من الأطفال المصابين قبل بلوغ السنة الخامسة من العمر، وتكون تلك الأعراض على هيئة نوبات متكررة تتفاوت في حدتها من بسيطة إلى شديدة، ويقل عدد تلك النوبات مع تقدم العمر، حيث تختفي عند 50 % من المصابين خلال 10 -15 سنة. ويشعر الطفل أثناء النوبة بصعوبة وتسارع في التنفس، تسارع في ضربات القلب ويترافق مع ذلك سعال وصفير بالصدر، وفي الحالات الشديدة يصبح المريض غير قادر على الحديث بجمل متصلة، فتجده يتكلم بكلمات منفردة، كما يصحب ذلك ازرقاق في اللون واختفاء صفير الصدر متزامناً مع صعوبة كبيرة في التنفس في الحالات الأشد حدة، وتظهر تلك الأعراض نتيجة تهيج واحتقان الأغشية المبطنة للشعيبات الهوائية، وتراكم الخلايا المناعية، مما يؤدي إلى إفراز بعض الوسائط الكيميائية مثل: الهستامين histamine ، بروستاجلاندين prostaglandin A و ثرومبوكسان thromboxane A بالإضافة إلى مجموعة الليكوترينز leukotrienes وتعمل تلك المواد على تضييق الشعب الهوائية، حيث ينتج عن ذلك صعوبة في التنفس والأعراض المصاحبة السابقة الذكر، وتظهر تلك الاستجابة المناعية لذلك المهيج في مرحلتين مرحلة الاستجابة المناعية المبكرة، والمرحلة الثانية الاستجابة المتأخرة والتي تبدأ في الظهور بعد 6 – 8 ساعات من التعرض لذلك المؤثر. قد تتشابه أعراض الربو مع بعض الالتهابات الفيروسية

العارضـة للجهاز التنفسـي، ولكن بعد أخذ التاريخ المرضي والكشـف السَّريري إضافة إلى بعض الفحوصـات يمكن تحديـد الحالة، حيث إن تكرر النوبات مع وجود إصـابة أو أكثر في العائلة وتزامن ذلك مع بعض أعراض أنواع الحساسية الأخرى كحساسية الجلد (الأكزيما) يجعل التشخيص كحالة ربو هو الأرجح . ويمكن تقييم كفاءة الجهاز التنفسي ومدى استجابة الطفل للعلاج من خلال استعمال جهاز spirometer .

الوراثة

ما هي عوامل الإصابة بمرض الربو الشعبي؟

- لا يوجد سـبب محدد للإصابة بمرض الربو الشعبي عند الأطفال، ولكن توجد بعض العوامل المسـاعدة والمتزامنة مع ظهور مثل تلك النوبات، حيث تلعب الوراثة دوراً مهماً في نشوء مثل هذه الأعراض، وتبلغ احتمالية إصابة الطفل 25 % في حالة إذا كان أحد الوالدين مصـاباً، وتزداد النسـبة إلى 50 % إذا كان كِلا الوالدين مصـابين. كما تشـكل الاسـتجابة المناعيـة عند الطفـل للالتهابات الفيروسـية، أو بعض المؤثرات الخارجيـة كالهواء البارد عاملاً رئيساً في حدوث نوبات الربو، لذا نلحظ تكررها في أوقات موسمية معينة ولا سيما في فصـل الشتاء. بالإضـافة إلى التعرض للغبار، البخور، دخان السجائر، أو فراء بعض الدمى والحيوانات الأليفة في المنزل. وقد يحتوي بعض الأثاث المنزلي، أغطية السـرير والسـتائر على ما يسـمى بعثة الفرش وهو كائن مجهري يعمل على تحفيز الجهاز المناعي، مما يحدث أزمات الربو لدى الأطفال الذين لديهم الاسـتعداد الوراثي للإصـابة، لذا يفضـل غسل تلك الأغطية بالماء السـاخن مرة كل أسـبوعين واسـتخدام الأغطية الطبية للمخدات والأسِرّة. وتشـمل المسـببات كذلك روائح بعض الطيور، حبوب اللقاح، دهانات الجدران وغيرها، كما أن بعض الأدوية مثل الأسبيرين وحاصرات بيتا تعتبر من الأسباب الأساسية في ظهور وتكرار مثل هذه الأعراض.

في الأطفال الأصغر سناً يعمل ارتجاع بعض محتوى المعدة إلى المريء على تهيج تلك النوبـات، وتؤدي بعض الاعتلالات الهرمونية لدى الأطفال المصـابين بزيادة إفراز هرمون الغـدة الدرقية إلـى تفاقم وزيادة أزمات الربو، ولا ننسـى أن لبعض الحالات النفسـية دوراً كبيراً في نشوء تلك الأزمات. أما فيما يخص العلاقة بين نوعية أكل الطفل، أو نوعية الحليب

ومشــكلة الربو الشــعبي، فإنه وفي غالبية الحالات لا توجد علاقة، ولا يؤثر تغيير نوعية الأكل على تحســن الحالة إلّا في بعض الحالات القليلة، حيث تتســبب بعض المأكولات كالأســماك والمكسرات إلى ظهور طفح جلدي عندها يفضل الامتناع عن تناول تلك المأكولات.

السيراميك

كيفية الوقاية من الربو وما طرق علاجه؟

- تعتبــر الوقايــة هــي الركيزة الأساســية لحــل الكثير من المشــاكل الصــحية، فعند تشــخيص الحالة يجــب تجنيب الطفل المُصــاب المســببات التي تثير عليه تلــك الأزمات، حيــث إن بعضــ الملابس تحتوي على مواد مهيجة قد تكون ســبباً لظهور تلك الأعراض لدى الطفل المُصــاب، كما أن نشــر الملابس بعد غسلها في أماكن معرضة للغبار يؤدي إلى تعلق ذرات الغبار بتلك الملابس، مما قد يســبب عودة نفس الأعراض، ويفضل الاستعاضة بفرش الســجاد في المنزل بالســيراميك تجنباً لوجود أي محسســات للجهاز المناعي للطفل، ومن المهــم المســارعة بمعالجة أي التهــاب قد يكون عاملاً في تجدد نوبــات الربو، ولا يجب منع الطفل من ممارســة نشــاطاته اليومية أو الرياضــة بحجة تخوف الأهل مــن تقلبات الطقس وتأثير المجهود العضــلي وبالتالي ظهــور أعراض المرض، ففي حقيقــة الأمر تلك الطريقة تخالف أساســيات معالجة هذا المرض، حيث يتوجب علاج الطفل دون تقييده عن ممارسته نشــاطاته اليومية، ويجب تركه يلعب بحرية مع إعطائه دواء موسعاً للقصبات قبل الرياضة، ويهدف العلاج إلى التخلص من الأعراض المصاحبة للحالات الحادة، والتقليل من حدوثها مستقبلاً، مما يجنب الطفل المُصاب خطورة النوبات المستقبلية ويمكنه من ممارسة حياته بصورة طبيعية و يجنب الأطفال الأكبر سناً الغياب المتكرر عن المدرسة.

وكمــا ذكرنــا أن الاســتجابة المناعية تظهر فــي مرحلتين مبكرة ومتأخــرة، حيث يتم العــلاج في المرحلــة الأولى بمحفزات مســتقبلات بيتــا Breceptoragonist مثــل: بخار، أو بخــاخ الفنتولين، أما المرحلة الثانية فبالإمكان منع حدوثها باســتعمال الكورتيكوســتيرويد corticosteroids علــى هيئــة أقراصــ بريدنيســولون prednisolone أو علــى هيئــة بخــار budesonide، أو حقــن ميثيــل بريدنيســولون methylprednisolone فــي الحــالات الأشــد حدة عن طريق الوريد أو العضــل، كما أن حقن ســلفات المغنيســيوم، قد تســتخدم كموســع

للشعب الهوائية في بعض الحالات الحادة والتي لا تستجيب للمعالجة. تعتبر موسعات الشعب الهوائيـة مثـل: بخار، أو بخاخ الفنتوليـن، الأتروفينت وغيرها أحد أهـم الأدوية في معالجة الحالات الحادة لأزمات الربو، كما أن اسـتعمال الكورتيكوسـتيرويد عن طريق البخاخ يعتبر حجر الأساس كعلاج وقائي وعلاجي.

ولكن نلاحظ أن بعض الأطفال لا يتحسنون باستعماله، مما يعني أن الآباء أو الأمهات لا يستعملون ذلك لأطفالهم نتيجة تصورهم أن الأضرار الجانبية الناتجة عن الكورتيكوستيرويد المعطى لفترة طويلة عن طريق الفم بشـكل أقراص، أو عن طريق الحقن هي نفس الأضـرار الناتجة عن اسـتعماله كبخاخ، إضافة إلى أن نسـبة كبيرة من الأطفال لا يحسنون استعمال البخاخ بالطريقة الصـحيحة. وفي هذه الحالة يمكن اسـتعمال قمع خاص مُزَود بصمام في أحد طرفيه، ويتم إيصـال فوهة البخاخ في الطرف الآخر للقمع، مما يضـمن وصـول رذاذ العلاج إلى داخل الشـعب الهوائية بنسـبة أكبر، وقد تلي ذلك ظهور علاج حديث يتم تناوله عن طريق الفم على شـكل أقراص قابلة للمضـغ، وتجنب الطفل الأضـرار الجانبية الناتجة عن اسـتعمال أقراص، أو حقن الكورتيكوستيرويد ذلك هو مضادات الليكوترينز. ومجموعة الليكوتريـنـز عبارة عـن مواد يتم إفرازها عن طريق بعض الخلايا المناعية مثل: mast cells، eosinophils، basophils، نتيجـة تعرضـها لأحـد المؤثـرات الخارجيـة والتـي تـم ذكرها مسبقاً.

وقد تم اكتشاف تلك المادة عام 1938م، حيث تعمل على تضيق الشعب الهوائية، ولكن لم يلق الضـوء عليها بشـكل كامل، حتى عام 1983م، حيث تم تصـنيفها إلى عدة أنواع منها ليكوتريـن سـي LTC 4، ليكوتريـن دي LTD 4 وليكوترين أي LTI 4. وتصـنف الليكوترينز مـن مجموعة تدعى: eicosonoids وتشـمل البروسـتاجلاندين والثرومبوكسـان وتعمل هذه المواد على تكوين البلغم بالإضـافة إلى قبض الشـعب الهوائية، مما يؤدي إلى ظهور أعراض أزمـة الربو وعند قياس نسـبة الليكوترينز في البول، أو الغشـاء المخاطـي المبطن للأنف، فإن نسـبتها عالية عند الأطفال المصـابين مقارنة بالأطفال الأصـحاء. كما تعتبر مجموعة الليكوتريـنـز أقـوى 1000 مـرة من الهسـتامين فـي إحداث تضـيق الشـعب الهوائية ويوجد الآن بعض المركبات التي تعطل عمل الليكوترينز، وبالتالي تؤدي إلى توسـع الشـعب الهوائية واختفاء الأعراض لدى الأطفال المصـابين.

ومـن هـذه المركبـات زافيرولوكاسـت zafirlokast ، مونتيلوكاسـت montelukast وزيلوتـون zileuton وتسـمى تلـك الأدويـة: بمضـادات الليكوترينـز نشـير إلـى أحدها وهو مونتيلوكاسـت، حيث أصـبح ذلك العـلاج متوفراً فـي فبراير من عام 1998م ويتوفر بشـكل أقراص بجرعة 10 مجم للبالغين و 5 مجم قابلة للمضـغ للأطفال من سـن 6 سـنوات فأكثر، ولا يسـتعمل في الحالات الحادة، ولكن يمكن اسـتعماله كعلاج وقائي للحالات البسـيطة إلى المتوسـطة للأطفال المصابين، والذين لا يسـتجيبون لأدوية الكوريكوستيرويد المستنشق، حيـث يعطـى مرة واحـدة في اليوم قبـل النوم، ويبـدأ مفعـول العلاج خلال 3 – 4 سـاعات من تناوله ويسـتمر مفعوله إلى 24 سـاعة ويجب أخذ الحيطة عند اسـتعمال مونتليوكاسـت montelukast مـع بعض الأدوية الأخرى مثل: الفينيتوين الفينوباربيتون، أو الريفامبيسـين، كما أنه وكأي علاج لا يخلو من الأعراض الجانبية، إذ قد يسبب اضطراباً في الجهاز الهضمي، الجهاز التنفسـي، أو الجهاز العصـبي مثل الصـداع، أو الدوار، لذا يلزم عدم استخدام أي علاج إلّا بإشراف طبي مباشر.

الوقاية من الربو أهم من العلاج

الربو هو مرض مناعي يؤدي لقصور في عمل الجهاز التنفسي، وتكون به مجاري الهواء ضيقة جداً، فيعيق مرور الهواء من وإلى الرئة، مما يسبب سعالاً جافاً، وصدور صوت أثناء التنفس، وضيق التنفس، وهي ما تسمى: أزمة الشُعب الهوائية، أو الأزمة القلبية «الربو القلبي»، وله أعراض الربو العادية نفسها مع وجود التهاب بمجرى الهواء، والتي تحدث عند تراكم السوائل بالرئة.

في هذا الحوار نسلط الضوء على الربو الناتج عن الشعب الهوائية مع الدكتور دانيس هاردي من مركز مانشستر في دبي:

ما هو مرض الربو؟

هو مرض تنفسي ينتج عن التهاب في الشعب الهوائية، ويؤدي إلى تضيق هذه الشعب، ويظهر على شكل نوبات من السعال، وضيق في النفس.

ما هي أسباب الربو عند الأطفال وكيفية الوقاية منها؟

أسباب الربو الرئيسة عند الأطفال: هي الإنتانات الفيروسية مثل: بعض الفيروسات التي تسبب الزكام والحساسية «مثل: الغبار، ووبر القطط، ودخان السجائر، والهواء البارد»، كما أن الشدة النفسية تلعب دوراً في إثارة نوبات الربو وكذلك الجهد الفيزيائي.

أما الوقاية فتكون أحياناً بالوقاية من العامل المسبب، أو تجنب الجهد الفيزيائي، وكذلك استعمال الستيرويدات عن طريق الاستنشاق تفيد في الوقاية من نوبات الربو خصوصاً في الحالات المتوسطة والشديدة، وهناك فئة جديدة من الأدوية هي عبارة عن حبات تؤخذ عن طريق الفم تقلل من نوبات الربو، ويمكن إعطاؤها في عمر صغير، وفي أغلب الأحيان كثير

من حالات الربو تزول من الأطفال عند سن البلوغ، أو في مرحلة الشباب.

ما هي أنواع الربو؟

. يوجد ربو خارجي المنشأ وربو داخلي المنشأ، والربو الداخلي يثير الحساسية، والربو الخارجي لا يثير الحساسية.

هل يمكن أن يصاب الشخص بالربو الداخلي، والخارجي معا؟

. نعم.

ما هو البخاخ الذي يستعمل لمريض الربو؟

. البخاخ : عبارة عن جهاز مساعد، يساعد على وصول الجرعة الدوائية إلى مجاري التنفس، ويوجد عدة أنواع منها بخاخ أحادي الجرعة الدوائية، وبخاخ عديد الجرعات، وبخاخ أقراص، هناك أشكال جديدة من أدوية الربو على شكل °turbuhaler ، أو °discus، وفي هذه الأشكال الدوائية الجديدة يقوم المريض باستنشاق الدواء من الجهاز وهي تتميز بأنها توفر للمريض جرعة مناسبة تماماً لكن لا يستطيع الأطفال في أعمار صغيرة استعمالها.

كم نسبة الأطفال المصابين بمرض الربو؟

. تشير الإحصائيات إلى أن 10 % من الأطفال يشكون من أعراض الربو في معظم بلدان العالم منها أميركا.

اكتشف فجأة

وتحدثت والدة الطفل خليفة المزروعي: «أنها اكتشفت أن طفلها مصاب بالربو، من خلال ضيق التنفس، وصوت بصدره، والسعال الجاف منذ الشهور الأولى للولادة»، وعند عرضه للطبيب المختص قال الطبيب: «إن معظم الأطفال الذين يصابون بالربو منذ الولادة يخف تدريجياً، حتى ينتهي عند عمر ثلاث سنوات، وأضاف الطبيب: «عليَّ القيام بعدة اختبارات ،حتى أعرف المادة التي يتحسس منها الطفل هل هي: الدخان، أم الغبار... إلخ».

أما العلاج الذي يأخذه خليفة فهو: موسعات للشعب الهوائية، والتي بدورها تقلل من تشنجات الشعب الهوائية، وهي من أكثر الأودية المستخدمة للسيطرة على الأزمة المفاجئة، وللوقاية من الأزمة الناتجة عن المجهود البدني، والعلاج الثاني: هو مضاد الالتهاب الذي

يقوي جهاز المناعة، كما يساعد على استرخاء الطرق التنفسية، وأهم علاج هو محاولة تجنب المادة المسببة للحساسية، التي يتم تحديدها بعد القيام بالاختبارات.

الربو- حقائق وأرقام

تشير التقديرات إلى أن نحو 15 في المئة من سكان دولة الإمارات العربية المتحدة مصابون بالربو، وهو مرض مزمن يصيب الجهاز التنفسي، ويتجلّى في شكل نوبات متكرّرة من السعال والأزيز وصعوبة التنفس.

ويصيب هذا المرض الناس من كل الفئات العمرية على الرغم من أنه يبدأ في كثير من الأحيان في سن الطفولة، وتشير التقديرات إلى أن 40 % من الأطفال مصابون بالربو في دولة الإمارات العربية المتحدة.

وفي الوقت الذي عجز فيه الطب عن التوصل إلى علاج حاسم للربو، إلّا أنه يمكن التحكم به، وإليكم ما يجب أن تعلموه عن الربو، لكي تضمنوا الحصول على العلاج المناسب.

هل أنا معرَض للاصابة بالربو؟

تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن أقوى العوامل التي تهدّد بالإصابة بالربو باستثناء العوامل الوراثية، يتمثل في التعرُّض إلى العوامل البيئية، وخاصة خلال مرحلة الطفولة الأولى، حيث يتعرض الطفل للإصابة بالحساسية الناتجة عن الغبار والقطط وغبار الطلع والحشرات المنزلية.

كما يتعرّض الناس للإصابة بالربو التحسُّسي نتيجة تعرُّضهم لدخان السجائر والمواد الكيماوية المهيّجة في مقر العمل، إضافة إلى تناولهم بعض الأدوية (وبصفة خاصة الأسبرين وغيره من الأدوية المضادة للالتهابات والمركّبة من مواد غير ستيريودية)، والوزن المنخفض لدى الولادة والتهابات الجهاز التنفسي وتنفس هواء المدينة الملوّث. كما تتفاقم إصابات الربو نتيجة التعرُّض للهواء والانفعالات الحادة وبعض التمارين الرياضية المرهقة.

وقد يكون تزايد استخدام مكيفات الهواء، أحد الأسباب التي ساهمت في ارتفاع معدلات الإصابة بالربو في دولة الإمارات العربية المتحدة، ويُستفاد من بعض الدراسات والتقارير



أن مكيفات الهواء تفاقم احتمالات الإصـابة بالربو من خلال نثرها الغبار فوق السـجّاد في الغـرف التي تبقى نوافذها مغلقة لفترات طويلة. إضـافة إلى ذلك، قـد تعمل أنابيب أنظمة تكييف الهواء المركزية لدى اتساخها، على نشر هذا المرض.

كيف أعلم أنني مُصاب بالربو؟

هل تُصاب بنوبات مفاجئة من أزيز الصدر خلال الليل، أو الصباح الباكر؟ هل يصدر عن صـدرك صـوت أزيز إذا كان الهواء بارداً، أو خلال ممارسـتك للتمرينات الرياضية، أو بعدها؟ هل تسـعل كثيراً، أو تُصـاب بضـيق تنفس خلال ممارسـتك للرياضة؟ هل ينسحب الجلد الواقع بين أضـلاعك إلى الداخل حين تتنفس؟ إذا كان ردّك بالإيجاب فأنت مُصـاب بأعراض الربو، ويُستحسن أن تستشير طبيباً.

وتتمثل أعراض نوبات الربو بصـعوبة كبيرة في التنفس، وتحوُّل لون الوجه أو الشـفتين إلى الأزرق، والشعور بقلق كبير، وتسارع دقات القلب، والتعرُّق والشعور بالدوخة، أو الارتباك خلال النوبة. فإذا كنت تشعر بتلك الأعراض، يجب عليك التوجه إلى الطبيب فوراً.

ومن الأعراض الأخرى التي قد تترافق مع الربو: احتقان الأنف والشـعور بألم، أو ضيق

في الصـــدر والتنفس بإيقاع غير طبيعي (يســتغرق الزفير أكثر من ضـعف مدة الشـهيق)، الانقطاع المؤقت في التنفس، أو قذف الدم لدى السعال.

الإسعافات الأولية لأزمة الربو

هل يُعاني المريض من أزمات ربو، أو انسداد مزمن في الجهاز التنفسي؟

هل تمت إصابته بنوبات مماثلة من هذه الأزمة من قبل، أو يشكو من أمراض القلب؟

هل الأزمات السابقة لها نفس الأعراض؟

هل توجد آلام بالصدر؟

تقييم أزمة الربو:

- فحص الحالة العامة للمريض.
- تقييم العلامات الحيوية (النبض - الضغط - التنفس - درجة الحرارة).
- ملاحظـة مـا إذا كان يوجـد أزيـز عنـد التنفس، ضـيق في الصـدر، أو صـعوبة في التنفس.
- سماع صوت الرئة عند التنفس إن أمكن.

تحذيرات:

لا بد من التفريق بين المشكلات التي تتصل بالتنفس، وتلك التي تتصل بالقلب.

تشـتمل أعراض ضـيق التنفس على التعثر في الكلام وإفراز العرق وعدم النوم إلّا في وضع الجلوس.

بروتوكول الإسعافات الأولية لأزمة الربو:

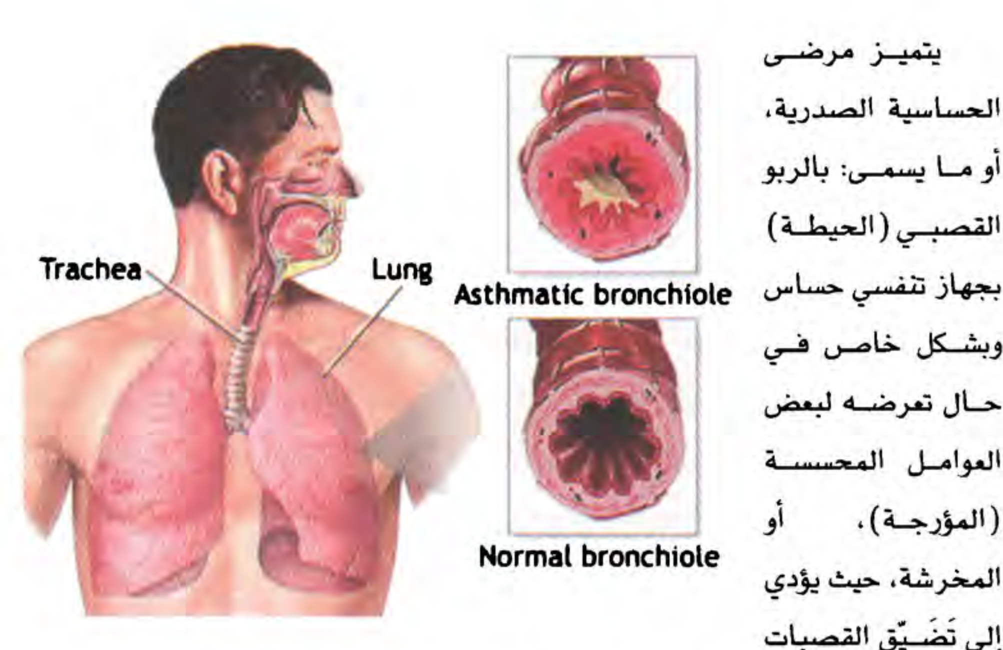
- تهدئة المريض.
- مساعدته بالدواء عند الاحتياج لذلك.
- قياس العلامات الحيوية.
- إعطاؤه سوائل على الدوام.
- إعطاؤه أكسجين.

اللجوء إلى الطبيب:

يتم اللجوء إلى الطبيب على الفور عند :

- أزمات الربو الحادة.
- حدوث ضـيق في التنفس، أو أزيز في الصـدر عند المُصاب الذي لا يُعاني من أزمات الربو.
- ضيق في التنفس مع آلام في الصدر.
- عدم استقرار حالة المريض.
- إذا تم استخدام الأكسجين.
- أي شخص يُعاني من أزمات الربو ولم يستجب للعلاج.

الربو القصبي .. الأعراض مزعجة والعلاج ممكن



يتميز مرضى الحساسية الصدرية، أو ما يسمى: بالربو القصبي (الحيطة) بجهاز تنفسي حساس وبشكل خاص في حال تعرضه لبعض العوامل المحسسة (المؤرجة)، أو المخرشة، حيث يؤدي إلى تَضَيّق القصبات الهوائية والقصيبات، نتيجة حدوث التهاب موضعي لجدران هذه القصبات، مع زيادة إفراز المواد المخاطية داخل القصبات، بالإضافة إلى حصول تضيق في القصبات الهوائية يؤدي إلى أعراض الربو والتي منها السعال المزمن، وبشكل رئيس خلال فترات الليل والصباح، مع صعوبة التنفس ويكون تنفس المريض صعباً، حيث يكون على شكل صفير مميز، والربو القصبي مرض شائع الانتشار بين الأطفال، وتتراوح نسب الإصابة به في الخليج العربي بين 15 إلى 20% من الأطفال في فترة ما من مراحل أعمارهم، وهي نسبة عالية مقارنة بالدولة الأخرى، وتلعب عوامل زيادة الرطوبة واستعمال المكيفات دوراً مهمًا في زيادة نسبة الإصابة به.

إن معظـم الأطفال المصـابين هـم دون الأربع إلى الخمس سـنوات مـن العمر، ولكن قد تظهر الحساسـية في الجهاز التنفسـي منذ الأشـهر الأولى من العمر على شـكل التهاب القصـبات الشعري والذي يصـيب الأطفال الرضع، وقد يتطور في المسـتقبل إلى حساسية صدر.

ويتميز الربو بفرط حساسـية الطرق الهوائية لمواد محسسة، أو مؤرجة بعينها يترافق مع انسـداد في تلك الطـرق الهوائية قابل للتراجع في حال معالجة الطفل، والربو القصـبي يعد سـليماً في الأطفال، حيث إن أكثر من 50% من الأطفال المصـابين يصـبحون بصـحة جيـدة، ولا توجد لديهم أي أعراض سـريرية للربو عند سـن البلوغ في حال حصـول الطفل على علاج منظم وفعال في مرحلة الطفولة، والذي يحتاج إلى متابعة مسـتمرة للحيلولة دون اسـتمرار هذا المرض إلى البلوغ، حيث تجدر الإشـارة إلى بقاء الاسـتعداد لديهم لتحسـس الجهاز التنفسي طوال حياتهم.

قد يحدث الربو نتيجة تخرش الجهاز التنفسـي بمادة معينة كالغبار ودخان السـجائر والمحروقات ورائحة الأصباغ والعطور، أو قد تكون نتيجة عوامل مناعية، وهي عبارة عن مواد تسـمى: المؤرجات، مثل: غبار الطلع، والصـوف، وريش الطيور، والحيوانات، وعث الفراش، والموكيت والستائر، وهذه المؤرجات تتحد على سطح القصبات الهوائية، وتؤدي إلى تحرير، أو إطلاق العديد من المواد كالهيستامين والليكوترين ومواد أخرى عديدة، مثل: مادة (التأق بطيئة التفاعل SRA).

ويسـمى هذا النـوع بالربـو: «الأليرجائي». وتلعب العوامـل البيئيـة دوراً مهماً جداً في الإصـابة بأمراض الحساسـية، فالعث Mite على سـبيل المثال كثيراً ما ربـط بمرض الربو القصـبي، بل في الحقيقة هو من أهم مسببات هذا المرض الذي يُعاني منه مئات الملايين في أنحاء الكرة الأرضية.

فحشرة الفراش المنزلية (العث) هي كائن صغير جداً (مجهري) يمكنها أن تتواجد في كافة أنحاء المنزل وبشكل خاص في المخدة (الوسادة) وفي الفراش، حيث قد يصل عددها إلى عشـرة ملايين حشـرة في الفراش الواحد، وقد تتواجد في ألعاب الأطفال المصـنوعة من القماش كالعرائس، وكذلك في الموبيليا والسجاد والموكيت والشراشف وخلافه. وتلعب

عوامل الرطوبة وارتفاع درجة الحرارة دوراً مهماً جداً في الإصابة بالحساسية.

حيث تؤدي إلى زيادة عدد هذه الحشرات في أماكنها المختارة، وتعتمد هذه الحشرة في تغذيتها على الشعر المتساقط، والجلد الميت الذي يبقى في الفراش في حال عدم تهوية الفراش، وتنظيفه بشكل متواتر وتعريضه لأشعة الشمس. وفي السنوات الأخيرة أثبت العديد من البحوث وجود علاقة بين إفرازات العث وبين التهيجات الربوية للجهاز التنفسي.

وقد يكون الربو نتيجة تكرار الإصابة بالتهابات الجهاز التنفسي بالفيروسات، وخاصة RSV ، ويحدث بشكل خاص عند الرُّضَّع والأطفال، خلال أول سنتين بعد الولادة وتكون الإصابة بالرشح، أو الجهاز التنفسي العلوي من العوامل المهمة لتكرار حدوث الأزمات الحادة، وكذلك فإن ارتفاع نسبة رطوبة الجو، واستعمال المكيفات تلعب دوراً مهماً في زيادة فرصة التعرض للإصابة في حال وجود الاستعداد الإرثي.

هنالك استعداد عائلي للإصابة بأمراض الحساسية، كالربو، أو الأكزيما الجلدية، حيث تتكرر الإصابات في بعض الأسر بعينها، وتلعب الظروف المنزلية المهيئة لحدوث الحساسية دوراً مهماً في إظهار هذا الاستعداد الإرثي.

وتجدر الإشارة إلى أن الأطفال حديثي الولادة لأمهات مدخنات لم يمتنعن عن التدخين، خلال فترة الحمل والأطفال الرُّضَّع، خلال مراحل الطفولة الأولى، والذين تعرضوا للتدخين السلبي هم مؤهلون، وبشكل كبير للإصابة بهذا المرض الخطير.

يعتمد تشخيص الربو على الفحص السَّريري للطفل، والتشخيص ليس بالمعضلة، وقد يلجأ أحياناً لإجراء بعض الفحوص المخبرية بالإضافة إلى صورة شعاعية للصدر عند الضرورة.

يتم إجراء اختبارات لقياس وظائف الرئة للأطفال الأكثر من 8 سنوات، وحديثاً هنالك بعض الأجهزة التي تقيس عدة مؤشرات في وظائف الرئة على الأطفال الرُّضَّع والأطفال دون السنوات الخمس، حيث تتم متابعة الحالة وتعديل الأدوية الخاصة بالربو حسب هذه المؤشرات وتغيراتها.

ويمكن التعرف على المادة التي تثير الجهاز المناعي (المادة المؤرجة. المحسسة) عن طريق اختبارات خاصة (اختبارات الحساسية) ، مثل الاختبارات الجلدية، والتي تتم عن

طريق الحقن تحت الجلد لمجموعة كاملة من المواد المعروف عنها أنها تسبب الحساسية وبكمية قليلة جداً، ومن بعد ذلك فحص الجلد للتعرف على المادة المحسسة إن وجدت والتي تسبب عادة تفاعلاً جلدياً مكان حقنها.

وقد يلجأ إلى دراسة أسباب الحساسية عن طريق فحص الدم، وذلك بمعايرة مستوى الأجسام المناعية لمجموعة من المواد، التي تؤثر على الجهاز التنفسي عن طريق الاستنشاق كفرو الطيور والحيوانات والعث وخلافه، أو التي تؤدي إلى الحساسية عن طريق الطعام كصفار البيض والسمك والموز والمانجو وخلافه، وهذا ما يسمى: بالحساسية الغذائية Allergy Profil .

العلاج

يعتبر استعمال الموسعات القصبية عن طريق الاستنشاق لعلاج الربو العلاج الأمثل حالياً، وذلك حسب المراجع العلمية الحديثة، حيث إن إعطاء الدواء بالاستنشاق يقلل الأعراض الجانبية للموسعات القصبية التي كانت تعطى سابقاً عن طريق الفم، أو عن طريق الحقن في الوريد، أو العضل، أو تحت الجلد.

إذ إن إعطاء الدواء عن طريق الاستنشاق وبجرعات قليلة جداً، يؤدي إلى الغرض المطلوب، وهو علاج للتشنج القصبي بشكل أسرع، وفي الوقت نفسه يقلل وبشكل ملحوظ الأعراض الجانبية للموسعات القصبية مثل: سالبيوتامول والألبيوترول والسالميترول، والتي قد تؤدي عند إعطائها عن طريق الفم، أو الحقن إلى تسرع القلب ورجفان الأيدي ونقص بوتاسيوم الدم.

وتعتمد جدوى فاعلية الموسعات الصلبية عن طريق الاستنشاق على الطريقة أو الأداة التي تستعمل لإعطاء الدواء، حيث تتوفر في الصيدليات عدة أشكال منها البخاخ، والذي يستعمل من قبل الأطفال فوق الأربع إلى خمس سنوات من العمر والبالغين، ويحتاج إلى تدريب على طريقة الاستعمال.

حيث يحتاج إلى تزامن بين الاستنشاق وضغط البخة في الفم، وقد يلجأ في حال الأطفال الصغار إلى استعمال إسطوانة صغيرة توضع على الفم والأنف، ويثبت بالجهة

الأخرى منها بخاخة الدواء، حيث يقوم الأهل بضغط البخاخ بخة واحدة ويخزن الدواء في الإسطوانة والقناع، ويقوم الطفل باستنشاق الدواء خلال ثوان عدة.

ويمكن استعمال جهاز البخاخ، أو ما يسمى: بالنبيوليزر للأطفال، ويعتبر الطريقة المثلى لعلاج الأطفال الصغار بشكل خاص، حيث يتم وضع الدواء بالإضافة إلى السائل الملحي، ويستنشق الدواء خلال دقائق عدة عن طريق قناع خاص يثبت على الوجه.

وقد يلجأ إلى استعمال بعض المركبات الستيروئيدية المضادة للالتهاب عن طريق الاستنشاق للسيطرة على بعض الحالات المتوسطة إلى الشديدة أحياناً، وهنا يُراعى غسل الوجه ومضمضة الفم بعد استعمال الدواء منعاً لأي أعراض جانبية.

وقد يضطر الطبيب إلى استعمال أدوية أخرى عن طريق الفم لكل منها فائدته الخاصة، وذلك حسب شدة الحالة وتقدمها، وكذلك تبعاً لكون الحالة حادة، أو للوقاية من الهجمات الحادة، وذلك بإعطاء أدوية خاصة ما بين نوبات الربو الحادة مثل مضادات الليوكوترين، وتُعطى عن طريق الفم على شكل حبوب.

الوقاية من الربو

يحتاج علاج الربو إلى متابعة لفترة زمنية طويلة، وأكثر من 50% من الأطفال يشفون من الربو إذا ما توفرت الظروف المناسبة من حيث المتابعة الصحية، وتجنب العوامل التي تؤدي لتكرار النوبات، ومن أهمها تجنب دخان السجائر في البيت والحد من الغبار المنزلي، وذلك بغسل أغطية الأسرة والبطانيات والستائر بشكل دوري وتنظيف الموكيت باستمرار، ومن الأفضل عدم استعماله في غرف الأطفال على الأقل. وكذلك تجنب تربية الحيوانات ذات الفراء كالقطط والكلاب، ويجب معالجة حالات الرشح والتهاب الجهاز التنفسي العلوي الذي يصاب بها الطفل بشكل فوري وتهوية المنزل بطريقة صحية وبشكل يومي.

وبشكل عام، فإن استعمال بعض أدوية الربو عن طريق جهاز التبخير، يعتبر طريقة فعالة لمعالجة معظم حالات الربو والأعراض الجانبية، التي تحصل من الأدوية الموسعة للقصبات تكون نادرة جداً إذا ما أعطيت جرعات الدواء بدقة، وحسب وزن الطفل مقارنة بإعطاء الأدوية نفسها عن طريق الفم، أو الحقن، وإن استخدام هذا الجهاز البسيط لا يؤدي، كما يظن البعض إلى التعود على استعماله.

الربو والرياضة

قد تكون الرياضـة لـدى بعض الأطفال المصـابين بالربو عاملاً مهمـاً لتحريض نوبة جديدة من السـعال، وهنا وفي حال تشخيص هذا النوع من الربو والذي سمي: بالربو المثار بالمجهود، فإنه على الأهل إعطاء الطفل بعض الموسـعات القصـبية قبل ممارسة الرياضة كاستعمال بخاخ الفينتولين..

العلاج المناعي

تتبع العديد من المراكز الاستشـارية المتخصصة في علاج الحساسية والربو الرئوي في العديد من دول العالم، وبشكل خاص الدول الإسكندنافية بروتوكولاً خاصاً يعتمد على ما يسـمى: بالعلاج المناعي، ويتم ذلك بحقن جرعات ضـئيلة محددة من المادة المؤرجة التي ثبت أنها تُحْدث الحساسـية للمريض تحت الجلد، وبفواصل زمنية ثابتة ولفترات طويلة، قد تستمر لسنوات عدة، كعلاج قد يكون مفيداً للعديد من الأمراض التحسسية والربو.

ويعتمد العلاج في الأسـاس على بناء مسـتويات عالية التركيز من الأجسـام المناعية المضادة للأجسام المؤرجة IGE، وبمستويات ثابتة على مدار السنة من خلال إعطاء اللقاح بشـكل مسـتمر، وكذلك وجد أن هذا العلاج يقلل فرصـة إفراز مادة الهيستامين المهمة في حصول أي تفاعل.

العلاج مفيد في حالات الربو التحسسي المثبت بالاختبارات الجلدية والمناعية والتهاب الأنف التحسسي، والحساسية للدغة الحشرات، وتجدر الإشارة إلى أن نتائج العلاج ما زالت غير واضـحة في حالات الحساسـية نتيجة المواد الصناعية المحسسـة والحساسية لبعض المواد الغذائية.

العـلاج يعتمد على إعطـاء هذه الحقن في فترات ما بين 1 ـ 3 مرات أسـبوعياً، ولفترة زمنية قد تصـل إلى 5 ـ 6 شـهور، ومن ثم تعطى الحقن بفاصـل أسـبوعين ثم ثلاثة أسـابيع ثم أربعة أسـابيع، وتحديـد الفترات يعتمد على اسـتجابة المريض للعـلاج وتقدير الطبيب المعالج.

الحالات التي تسـتفيد من هذا العلاج هي حالات الحساسـية ذات العلاقة الثابتة بين



حصول أعراض الحساسية، واستنشاق المريض لمادة معينة بذاتها، بحيث تكون السيطرة على تعرض المريض لهذه المادة المؤرجة مستحيلة كغبار الطلع، أو الغبار المنزلي، وكذلك الربو التحسسي لمادة معينة، يتم تحديدها عن طريق الاختبارات الجلدية والمناعية، وكذلك في حال تعذر السيطرة الدوائية على الربو الشديد بالأدوية المستعملة حالياً.

ويجب أن يوضع في الاعتبار قبل البدء في العلاج، إمكانية تعاون الأهل، بحيث يكونون مستعدين للمثابرة على إحضار الطفل لأخذ العلاج حسب جدول زمني محدد، وبحيث يكونون قادرين أيضاً على تكاليف العلاج المرتفعة نسبياً.

ويجب أن يتم العلاج بوساطة أيْدٍ خبيرةٍ، إذ في بعض الأحيان قد يحصل تحسس خلال نصف ساعة من إعطاء الحقنة، وهنا يجب أن يكون الطبيب المعالج مستعداً للسيطرة عليه في حال حصوله، وكذلك قد يحصل نادراً تصعيد لأعراض الربو في الليلة التي تلي إعطاء الحقنة، وتتم السيطرة عليها بتعديل كميات الدواء التي يستعملها المريض بالتنسيق مع الطبيب المعالج.

والعلاج متوفر في العديد من المراكز في المنطقة العربية ودولة الإمارات العربية، والنتائج جيدة في حال اختيار المريض المناسب لهذا العلاج، وضمان استمرار المريض بالمتابعة على الشكل المطلوب، وحسب درجة شدة الحالة.

300 مليون مريض بالربو حول العالم

قالـت دراسـة حديثـة: إن في العالـم حالياً نحـو 300 مليـون مريض بالربـو. وذكرت الدراسة التي نشرتها مجلة «نيوساينست» أن من المتوقع أن يزيد هذا الرقم خلال العشرين عاماً المقبلة ليصل إلى مئة مليون شخص.

وأوضـحت الدراسـة أن 40 % مـن الأطفـال الأميركييـن يُعانون من التهاب الأغشـية المخاطيـة فـي الأنف وأنواع مختلفة من الحساسـية، عدا عن 15 % مـن الأطفال في أوروبا وفي اليابان.

وأكدت الدراسـة أن حساسـية الصـدر قد زادت أكثـر في الفترة ما بيـن عام 1989م وحتى عام 1996م. (أ.ش.أ)

توعية المرضى ضرورية

أوصـى خبير متخصـص في أمراض الصـدر والرئة بفرنسا، بضـرورة توعية مرضى الربو بحالتهم الصـحية، وأسلوب علاجهم، خاصة وأن كثيراً من المرضى لا يلتزمون بشكل جيد بأسلوب علاجهم، أو التوجه إلى المراكز المتخصصة في علاج الربو.

وأوضـح البروفسور دانيل فرفوليه بمستشفى سانت مارجريت في مارسيليا بفرنسا أن عدد المصـابين بالربو في العالم، قد يصـل في عام 2025م إلى مئة مليون .. مشيراً إلى أن الإصابة تتزايد في المدن بسبب أسلوب الحياة في البلدان الغربية. (أ.ش.أ).

عقاقير جديدة .. للربو



يعاني أكثر من 155 مليون شخص على مستوى العالم من الربو الشعبي. وفي مصر تصل نسبة الإصابة نحو 14 % وفي الخليج ترتفع إلى 17 % خاصة في سن الطفولة والشباب المبكر.

يقول الدكتور «هشام طراف» - أستاذ الحساسية بطب القاهرة: المعروف أن الربو الشعبي يحدث نتيجة تفاعلات العوامل الوراثية مع العوامل البيئية، مثل: زيادة معدلات التلوث الهوائي، وزيادة التعريض لمسببات الحساسية، وظهور سلالات فيروسية جديدة لها القدرة على تفعيل وتنشيط أزمات الالتهابات المؤدية للربو الشعبي.

ويضيف أن مرض حساسية الشعب الهوائية يصيب الأطفال والبالغين وتصل نسبة

إصـابة الأطفال من 5 -8 % وتصل ذروة الإصـابة في السن من 2-5 سنوات وتقل نسبته عند البلوغ.

ويشير د. طراف إلى أن حساسية الشعب الهوائية عند الأطفال، أو الربو الشعبي يمكن أن يُشـفى تمامـاً في حالة الاكتشـاف المبكر للمرضـ، وبُعد الأطفال عـن العوامل المهيجة للشعب، مع تناول الطفل للأدوية الوقائية لفترة لا تقل عن سنة كاملة يمكن بعدها أن يحدث الشفاء التام.

أما البالغون فلا بد أن يتعاملوا مع حساسية الشعب الهوائية كمرض مزمن مثل الضغط والسـكر، حيث لا يمكن الشـفاء منهما بنسـبة 100% ولكـن يمكن التحكم فيهمـا كي يكونا «أصـدقاء للمريض» يمكنه التعايش معهما دون أية مشـكلات إذا تم اتباع الإرشادات الطبية وتناول الأدوية الوقائية للمرض.

ويوضح أن أهم أهداف العلاج حالياً هو السيطرة الكاملة، أو شبه الكاملة منذ البداية على الالتهاب المزمن المبطن للشـعب الهوائية لمنع ظهور الأعراض، ومنع نوبات الربو على مدار السـاعة والحفاظ على أنشـطة المريض اليومية بما فيها الأنشـطة البدنية، أو التفوق الرياضـي، والحفاظ على معدلات وظائف التنفس في المعدلات الطبيعية مع تجنب أية آثار جانبية للأدوية المسكنة للأعراض كالموسعات قصيرة المدى وأدوية الشعب..

وأشـار إلى أن مادة الكورتيزون المستنشـق هي أفضـل أسـاس لعـلاج التهابات الربو المسـتمرة في كل مراحل الإصـابة الشـديدة والبسيطة، مع إضافة موسـعات الشعب طويلة المـدى، أو مضـادات اللوكوترينات، التي تؤدي إلى انقباض الشـعب الهوائيـة، والتي أثبتت الدراسـات أنها مفيدة جداً في علاج الحساسـية خاصة عند الأطفال. مع التحذير التام من اسـتخدام الكورتيزون بالحقن، أو عن طريق الأقراص، أو الشراب، نظراً لأعراضه الجانبية إلّا في الحالات الشديدة وبصفة وقتية تستهدف تسكين الحالة وليس العلاج.

علاج شهري

يشـير أستاذ الحساسـية إلى أنه ظهرت حالياً علاجات جديدة للحساسية تعطى لمرة واحـدة في الشـهر بطريقة الحقن. وأشـارت التقاريـر إلى نجاح هذه العلاجـات وأن نتائج الشـفاء فيهـا تقترب من الشـفاء الكامل، حيث إن المادة الفعالة في هـذا الدواء تتفاعل مع

الخلايا المسؤولة عن إفراز مهيجات حساسية الصدر مثل: «الهيستامين» الذي يسبب الأزمة الصدرية ويلغيها تماماً، ولكن ما زال هذا العلاج في مراحله الأولى ومرتفع الثمن جداً .

ويحيل الدكتور هشام طراف ذلك إلى دراسة أجريت بوحدة الحساسية بطب القاهرة أثبتت أن غاز ثاني أكسيد النيتروجين عند معدلاته العالية يقوم بتفعيل الخواص الالتهابية للخلايا المبطنة للشعب الهوائية، والتي تقوم أصلاً بحماية الرئتين من العوامل البيئية والميكروبية.

ويظهر تأثير هذا الالتهاب أكثر وضوحاً وشدة في مرض الربو الشعبي، مما ينتج عنه كثرة إصابة هؤلاء المرضى بنزلات شعبية متكررة ومستمرة خاصة في الشتاء، وكما يؤدي إلى زيادة استجابة الشعب الهوائية إلى المسببات النوعية للحساسية مثل: تراب المنزل والفطريات وحبوب اللقاح النباتية، فيترجم ذلك إلى أزمات ربوية أكثر عدداً وشدة وأقل استجابة للعلاج.

ويوضح أن التعرض لهذا الغاز لا يقتصر على خارج المنازل فقط بل إن له مصادر داخلية لا يعرفها مرضى الربو الشعبي، وأهمها المطبخ الذي يعمل بالغاز، أو البوتاغاز، حيث أثبتت الدراسات أن هذه المطابخ وقت تشغيلها تتعدى نسبة ثاني أكسيد النيتروجين بها 400 جزء في البليون.

وكانت منظمة الصحة العالمية ومنظمات حماية البيئة قد حددت الحد الأقصى للتعرض لغاز ثاني أكسيد النيتروجين بحوالي 200 جزء في المليار. وأكثر من يتأثر بالتعرض لهذا الغاز لفترات طويلة هم الأطفال، ويكون سبباً مباشراً في إصابة الطفل بنزلات شعبية متكررة في الشتاء، حيث تقل نسبة التهوية في المنازل.

ويقول د. طراف إن إرشادات علاج الربو الدولية، تجدد كل ثلاث سنوات والهدف الرئيس من علاج الربو الشعبي الناجع هو السيطرة على المرض لتحقيق السيطرة العامة على أعراض المرض ومنع نوبات أو أزمات الربو، مع حفظ معدلات وظائف التنفس في معدلاتها الطبيعية، أو قرب الطبيعية والاحتفاظ بأنشطة مريض الربو في صور طبيعية بما فيها النشاط البدني الرياضي، وتجنب الآثار الجانبية لأدوية الربو الشعبي.. مع منع حدوث تغيرات ثابتة، أو قصور في الوظائف الرئيسة لمنع حدوث الوفيات بسبب الربو الشعبي.

الوعي الصحي

ولتحقيق هذه الأهداف في السيطرة الكاملة على الربو الشعبي لا بد من التثقيف والوعي الصحي لمريض الربو الشعبي، حتى يكون قادراً على التمييز بين الأدوية المسكنة للأعراض والأدوية المسيطرة على المرض والعلاج الدوائي، وتبدأ بخطة علاجية وقائية تسيطر على العملية الالتهابية المسببة للمرض مثل: مشتقات الكورتيزون الموضعي، والموسعات الشعبية طويلة المدى، ومضادات (اللوكوترينات).

أما المسكنات المستخدمة وقتياً فهي موسعات الشعب قصيرة المدى، وجميع أدوية السعال، والبلغم والمضادات الحيوية إذا احتاج المريض. مع المتابعة الدورية للمريض، وعمل وظائف تنفسية باستخدام أجهزة قياس معدلات التنفس، والسيطرة البيئية على مسببات المرض كالدخان والأتربة.

ويشير د. هشام طراف إلى أن السيطرة التامة على الربو الشعبي تأتي في عدم ندرة احتياج المريض للأدوية المسكنة للأعراض.

هل الغذاء مسبب لسكري الأطفال....؟



سـكري الأطفال هو السـكري المعتمد على الأنسـولين، والذي يكون عادةً بسـبب خلل فـي الجهاز المناعـي، يؤدي هذا الخلل إلى إنتاج أجسـام مضـادة تعمل على القضـاء على خلايا البنكرياس المنتجة للأنسـولين. وبالرغم من أن سـكري الأطفال قد عرف منذ قديم الزمان ووصـفت أمراضـه وطـرق علاجه، إلّا أنه لـم تعرف حتى الآن المسـببات الحقيقية له. إن المسـببات المقترحة لهذا المرض عديدة ومتعددة فهي خليط من الأسـباب الوراثية والبيئية.

وتلعب الوراثة دوراً هاماً في الإصابة بمرض سكري الأطفال، حيث بَيَّنت الدراسات أن إصابة فرد في الأسرة بهذا المرض يزيد من نسبة الإصابة به في بقية أفراد الأسرة، وأيضاً يتضـح دور الوراثة في التوائم المتشـابهة، حيث إنه إذا أصيب توأم بهذا المرض تكون نسبة احتمال إصابة التوأم الآخر الشبيه عالية.

وتشمل العوامل البيئية الإصابة بعدوى البكتيريا والفيروسات، فقد أوضحت الدراسات قدرة الفيروسـات على مهاجمة الخلايا المفرزة للأنسـولين، أو أن بعض الأجسام المضادة التـي ينتجها الإنسـان لمهاجمة هذه الفيروسـات، قـد تهاجم هي نفسـها الخلايا المفرزة للأنسـولين. ويلاحظ زيادة نسـبة الحالات الجديدة من سـكري الأطفال في فصل الشتاء، حيث تكثر نسبة حدوث الأمراض الفيروسية.

ومـن الأسـباب البيئيـة المقترحـة هو الغـذاء الذي قد يلعب دوراً ما فيسـبب سـكري الأطفال. فكما هو معروف أن الغذاء والسمنة مسببات لسكري الكبار فهما يؤديان إلى ضعف مستقبلات الأنسولين، ولكن السؤال الآن عن دور الغذاء كمسبب لسكري الأطفال.

هناك العديد من الدراسات تدل على أن الغذاء قد يسبب زيادة احتمال الإصابة بسكري الأطفال، وخاصـة لمن لديهم الاسـتعداد الوراثي لذلك، ومن العوامـل الغذائية المتهمة في هـذا الأمر هـي نقص فيتامين «د» في الطعام وتعرض الطفل للحليب الصـناعي في مراحل العمر المبكرة، وأيضـاً القمح ومشـتقاته الذي يؤدي إلى ما يعرف بحساسية القمح والتي قد تكون سبباً في سكري الأطفال.

نقص فيتامين «د»:

يلعب فيتامين «د» دوراً هاماً في بناء العظم فنقصـه يؤدي إلى ما يعرف بالكسـاح، أو لين العظام، ولكن في عام 1992م أوضـحت دراسـة هامة أن دور فيتامين «د» لا يتوقف عند حد زيادة بناء العظم وامتصاص الكالسيوم والفوسفات في الجسم بل لفيتامين «د» دور هام في الجهاز المناعي.

وقد أوضـحت الدراسات وجود مسـتقبلات فيتامين «د» في الخلايا اللمفاوية والخلايا الآكلـة وقـدرة الفيتامين «د» على خفض بعض الأجسـام المضـادة، وبالتالـي حماية خلايا



البنكرياس. إن الدراسات الأولية والمبدئية دلت على قدرة الفيتامين «د» على تأجيل إصابة فئران التجارب بالسكري وليس منع حدوثه كلياً. أما الدراسات في الإنسان فهي متضاربة. هناك أبحاث دلت على أن تناول جرعات كبيرة من فيتامين «د» قد يؤجل الإصابة بالسكري وهناك دراسات أخرى لم تصل لهذه النتائج. ومما يعاكس نظرية علاقة فيتامين «د» بالسكري هو أننا في المملكة العربية السعودية نتابع العديد من حالات نقص فيتامين «د» ولم نجد أن نسبة إصابتهم بالسكري مرتفعة بالمقارنة بمن لديهم مستوى طبيعي من فيتامين «د» ولكن يمكننا أن نستخلص نتيجة مفادها أن الأطفال الذين لديهم الاستعداد الوراثي للإصابة بمرض السكري الأطفال يجب فحص مستوى فيتامين «د» لديهم وإعطاؤهم التعويض المناسب من فيتامين «د» إذا - وإذا فقط - كان لديهم نقص في مستواه.

الحليب الصناعي:

إن ارتباط الحليب الصناعي وإعطاءه للطفل في الأشهر الأولى من الحياة بحدوث مرض سكري الأطفال قد نوقش في نهاية الثمانينات حينما دلت بعض الدراسات الأوروبية



علـى هـذه العلاقة، وخاصـة في بعض الـدول الأوروبيـة كالسـويد وفنلندا. فقـد دلت هذه الدراسات أن التعرض المبكر للحليب الصناعي يزيد نسبة حدوث الأجسام المضادة لخلايا البنكرياس، ودعت هذه الدراسـات إلى الاستمرار في الرضاعة الطبيعية إلى أكثر من أربعة أشهر من حياة الطفل وأوضحت أهميتها.

ولكن بعض الدراسات الحديثة لم تجد علاقة بين حدوث سكري الأطفال وبين التعرض المبكر للحليب الصناعي، فالدراسات التي ضمنت أعداداً أكبر من الأطفال واستمرت قرابة العشـر سنوات لم تجد علاقة بين الحليب الصناعي وسـكري الأطفال، ولكن نستخلص من هذه الدراسـات: أن الحليب الطبيعي بما يحتويه من عناصـر غذائية متعددة، قادر بلا شك على حماية الطفل من العديد من الأمراض، وقد يكون سكري الأطفال إحداها.

وننصح بأهمية الرضاعة الطبيعية لجميع الأطفال وإتمامها لعامين، كما نَصَّتْ الآيات القرآنية وخاصـة لمن لديهم الاستعداد الوراثي لمرض. «سكري الأطفال»، وتجنب الحليب

الصـــناعي مطلقـاً، أو على الأقل في الأشـهر الأولى مـن حياة الطفل، وأيضـاً تأخير تقديم المواد الصلبة الغذائية، حتى عمر الستة أشهر من حياة الطفل.

القمح ومشتقاته:

لا شك أن هناك علاقة وطيدة بين سكري الأطفال وحساسية القمح، وهو مرض يصيب الأمعاء والجهاز الهضمي، ويؤدي إلى اضمحلال خملات الأمعاء الممتصة للطعام، وبالتالي إلى سـوء الامتصـاص ونقصـان الوزن، وكِلا المرضين. سـكري الأطفال وحساسية القمح. يكون نتيجة خلل في الجهاز المناعي، وقد يصاب مريض السكري بحساسية القمح قد تتعدى العشـرة في المائة ولكن التساؤل هو: «هل القمح ومشـتقاته، وما يعرف بالجلوتين سبب في حدوث سكري الأطفال».

إن الدراسات التي أجريت على فئران التجارب والجرذان التي لديها الاستعداد الجيني للإصـابة بسـكري الأطفال دَلَّت على وجود علاقة بين مادة الجلوتين وسكري الأطفال، وأن خلـو مـادة الجلوتين من طعام الفئران والجرذان قد يؤخر إصـابتهم بسـكري الأطفال، أما الدراسـات في الإنسـان فقد ضـمت عدداً قليلاً من المرضى، وأوضـحت أن التعرض لمادة الجلوتين في القمح ومشـتقاته قد يسـاعد على تكوّن الأجسـام المضـادة المحاربة لخلايا البنكرياس. كما أن هناك نسـبة من الأطفال المصـابين بحساسـية القمح أصيبوا بسكري الأطفال.

إن الدراسـات السـابقة تدل أن هناك علاقة ما بين الحليـب الطبيعي وجلوتين القمح ونقص فيتامين وسـكري الأطفال، وهذه العلاقة غير واضـحة وتحتـاج المزيد من المتابعة والمراقبة، ولكن يمكننا أن ننصـح من لديهم الاسـتعداد الوراثي لسكري الأطفال. وهم ذوو القرابة - بالمحافظة على مسـتوى فيتامين «د». بمستوى طبيعي والمحافظة على الرضاعة، وعـدم الإكثـار من تنـاول مـادة جلوتين القمـح ومشـتقاته، حتى تتضـح نتائج الدراسـات المستقبلية.

سكري الأطفال .. وتحديات العلاج



يعتبر علاج الأمراض المزمنة عامة، وعلاج سكري الأطفال خاصة، من أكبر التحديات التـي تواجه الطبيـب المعالج، ومن أكثر المواجهات التي تتحـدى الطبيب المختص، فعلاج الأمراض المزمنة على وجه العموم وعلاج سكري الأطفال على وجه الخصوص لا يقف عند حد العلاج الدوائي، ولا يقتصـر على العلاج النفسـي، بل قد يتعداه ليشـمل العلاج العائلي والاجتماعي وغيره، ولكن يجب العلم بأن لكل من هذه الوسـائل العلاجية ضـوابط ولكل من هذه النواحي الطبية عوائق، وسيقتصر حديثنا هنا على العلاج الدوائي ومتطلباته، والعلاج الحديث لمرض السكري ومستلزماته.

تحدثت النشرات الطبية قاطبة، وتناولت الوسائل الإعلامية كافة، الوسائل الحديثة لعلاج سكري الأطفال، كاستخدام مضخة الأنسولين، أو العلاج المكثف بالأنسولين بالحقن المتكرر للأنسولين، أو استخدام بخاخ الأنسولين، أو زراعة البنكرياس، أو معالجة للجينات والصبغات الوراثية، وغير ذلك من وسائل متقدمة وطرق مختلفة.

لقد طبقت هذه الوسائل العلاجية الحديثة في الكثير من الدول الغربية واستُخدم بعضها في المملكة العربية السعودية، وكانت النتائج متفاوتة والانطباعات متباينة، فمضخة الأنسولين على سبيل المثال، أو العلاج المكثف بالأنسولين بالحقن المتكرر للأنسولين هما وسيلتان حديثتان نوعاً ما في وطننا العربي ويحتاج لنجاحهما المزيد من الجهد والمثابرة والمتابعة، وقد يعتقد البعض خطأ بأنهما وسيلتان أسهل لتحقيق الهدف المرجو ولكنهما طريقتان أصعب لتحقيق غاية أفضل، فمضخة الأنسولين تحتاج إلى حساب متكرر لسكر الدم، قد يصل إلى ثماني مرات في اليوم، وحساب دقيق للكربوهيدرات المتواجدة في الوجبات الغذائية، ومتابعة متعاقبة للطبيب المعالج لتحقق الغاية المرجوة منها، إن المحافظة التامة والتقيد الكامل بالمتطلبات السابقة قد يخفض من معدل سكر الدم وقد يقلل من مستوى تذويب السكر، ولكن قطعاً لا ينهي مشكلة التأرجح في مستوى سكر الدم كلية، حيث إنه ليس هناك وسيلة علاجية متوفرة الآن تُنهي هذا الأمر سوى زراعة خلايا البنكرياس، والتي لا تخلو من سلبياتها المتعددة كحاجة المريض للأدوية المهبطة للمناعة مدى الحياة، يعتقد الكثير من أطفال السكري وأهالي أطفال السكري خطأ بأن مضخة الأنسولين، أو الحقن المتكرر للأنسولين هو علاج جذري للسكري، وأن استخدام مضخة الأنسولين سوف ينهي الارتفاعات المتكررة، أو الانخفاضات المتكررة لسكر الدم، أو أنها بديل عن البنكرياس الطبيعي، أو استخدامها سوف يعطي المريض راحة من متابعة سكر الدم، والحقيقة أن مضخة الأنسولين، أو العلاجات الحديثة للسكري تعطي المريض وسيلة سهلة لعلاج الارتفاع في السكر، فمستخدم المضخة لا يلزمه عند ارتفاع السكر سوى الضغط على المضخة لتصحيح هذا الارتفاع، أو حقن نفسه بإبرة الأنسولين سريع المفعول عند حدوث ذلك إذا كان من مستخدمي العلاج المكثف بالحقن المتكرر للأنسولين.. على

عدد محدود من الأطفال، وكانت النتائج جيدة في خفض معدل السكر، ولكن ما زالت مشكلة التذبذب في سكر الدم قائمة، وقد ينعكس هذا الأمر سلباً على مستخدمي المضخة، والذين يعتقدون خطأ بأن المضخة قد تنهي هذا الأمر قطعياً.

كما أن للوسائل الحديثة الأخرى متطلباتها بالحقن المتكرر للأنسولين قد يخفض من معدل السكر، ولكن يلزمه تحليل متكرر للسكر، وحقن متكرر للأنسولين، وقد أوضحت الدراسات المحلية نجاح هذه الوسيلة في الأشهر الأولى من الاستخدام، ولكن قد يصاب الطفل بالملل مع مرور الوقت، مما ينعكس سلباً على معدل السكر.

وخلاصة القول: إن لجميع وسائل علاج السكر متطلبات، قد تكون صعبة التطبيق، وفي حين التهاون في تطبيقها تنعكس إيجابياتها سلبيات.

السكري يصيب الصغار أيضاً



يعتقد معظم الناس أن مرض السكري من الفئة الثانية لا يصيب سوى البالغين، ويجب ألا نستغرب انتشار هذا الاعتقاد الخاطئ؛ لأن هذا المرض كثيراً ما كان يرتبط في الماضي بعملية التقدم في السن، وكان كثيراً ما يُطلق عليه اسم: «مرض البالغين». غير أنه اتضح مؤخراً أن عدداً متزايداً من صغار السن مصابون بهذا المرض المزعج.

ويُعتبر مرض السكري من الفئة الثانية مجموعة من الأمراض التي تشل قدرة الجسم على تحويل السكر الموجود في المواد الغذائية التي نتناولها إلى طاقة. ويتزامن هذا المرض مع ظاهرة البدانة التي يربطها الأطباء بسوء النظام الغذائي وقلّة المجهود البدني.

وقد يؤدي هذا المرض - إذا لم تتم معالجته - إلى الإصابة بالفشل الكلوي، وبتر الأعضاء، والعمى، وأمراض ونوبات القلب. وتشير الإحصائيات إلى ارتفاع نسبة صغار السن المصابين بالفئة الثانية من مرض السكري في الولايات المتحدة الأميركية، حيث تشير تقارير العيادات الطبية إلى أن نحو 30 في المائة من الأطفال الأميركيين مصابون بالبدانة.

وتقول الدكتورة سهيلة غريب، المديرة الطبية في مركز بريجهام الصحي. ومستشفى النساء، والأستاذ المساعد في مدرسة هارفارد الطبية في مدينة بوسطن بولاية ماساشوسيتس: «يمكننا مقارنة تلك الأرقام بدبي التي تُعتبر إمارة متقدمة جداً».

التشخيص المبكّر

تقول الدكتورة «لوري لافيل»، كبير الأطباء في وحدة أمراض الأطفال والمراهقين والباحثة في قسم علم الوراثة والأوبئة السارية في مركز جوستين لمرض السكري، وهو مستشفى تابع لمدرسة هارفارد الطبية في بوسطن: إنه من المهم جداً تشخيص إصابة صغار السن بالفئة الثانية من مرض السكري في موعد مبكّر.

وتقول الدكتورة «لافيل»: إن صغر سن الأطفال يتيح وقتاً كافياً لتفادي الأضرار طويلة الأمد التي تصيب الخلايا المنتجة للأنسولين في المعثكلة (البنكرياس)، والتي تصيب الكثيرين من مرضى السكري من الفئة الثانية من البالغين. وتؤكد الدكتورة لافيل أن الأمر أكثر إلحاحاً لدى الأطفال، لأنهم إذا لم يحصلوا على الإرشاد والعلاج المناسبين، فإنهم قد يُعانون من المضاعفات المدمّرة لمرض السكري في سن أبكر.

الوقاية أولاً

لسوء الحظ، ما زلنا نعرف القليل عن أفضل علاج ممكن للسكري لدى صغار السن. ولتطوير معلوماتنا حول العلاج الأفضل، يُجري أكثر من 12 مستشفى رئيساً في الولايات المتحدة الأميركية دراسة كبرى حول أكثر أنواع العلاج فعالية.

وتسعى التجارب التي أطلق عليها اسم: «توداي» إلى مقارنة فعالية ثلاثة أنواع من العلاج، يتمثل أولها: في العلاج باستخدام دواء واحد، ويقوم الثاني: على العلاج باستخدام دواءين، بينما ويقوم الأسلوب، الثالث: على العلاج بمجموعة من الأدوية معزّزة بتغيير

جارف في نمط الحياة، يستهدف تخفيض الوزن وزيادة المجهود البدني. ومن المتوقع أن تستمر هذه الدراسة خمس سنوات.

من ناحية أخرى، تستطيع العائلات مساعدة أطفالها في الوقاية من الإصابة بمرض السكري، أو تأخير تلك الإصابة، من خلال تشجيعهم على تناول الأطعمة الصحية وعلى بذل المجهود البدني بما في ذلك التمرينات الرياضية، إضافة إلى اختبار نسبة السكر في الدم مرة كل عامين اعتباراً من العام العاشر، بالنسبة للأطفال المصابين بالبدانة.

وتقول الدكتورة لافيل: «يُعتبر إجراء تغييرات صغيرة على دفعات في نمط حياة الأسرة بأكملها، أحد أعمدة نجاح طب الأطفال؛ لأن الأطفال يقلّدون ما يفعله ذووهم».

الأطفال البدينون معرضون للسكري



يتعرض حوالي 25 % من الأطفال البدينين للإصابة بالسكري وفقاً لإحدى الدراسات الطبية التي أجريت في الولايات المتحدة الأميركية على مجموعة مكونة من 55 طفلاً بديناً تتراوح أعمارهم بين 4 - 10 سنوات، ومجموعة ثانية تتألف من 112 طفلاً آخرين أعمارهم بين 11 - 18 سنة.

أظهرت النتائج أن 25 % من المجموعة الأولى، و 21 % من المجموعة الثانية مصابون فعلاً باختلال التمثيل الغذائي للسكر، وهي حالة مرضية تسبق الإصابة بداء السكري، وأن 4 أطفال من المجموعة الثانية مصابون بداء السكري دون علمهم.

يلاحظ أن الإصابة بالسكري قبل سن العشرين يصاحبها ارتفاع نسبة الإصابة بمضاعفات السكري على الشرايين، مثل: جلطة الدماغ، والقلب، والعمى، وبتر الأطراف.

هذه الدراسة تؤكد على أهمية التغذية السليمة للأطفال وتجنب الأطعمة الدسمة وغير

المفيدة مثل: الوجبات السـريعة المنتشرة في الأسواق، وحثّ الأطفال على مزاولة التمارين الرياضية بقدر أكبر.

الطعام الرديء يحاصر أطفالنا بالأمراض وأهمّها: السكّري



نختص أنفسنا وأطفالنا بما نظن أنه مما لذ وطاب من الطعام، وننسى الجانب الصحي وهو الأهم، حيث نعودهم على كل ما هو غير صحي لهم، والأمثلة كثيرة: رقائق الحبوب الخاصة بالإفطار المحضرة من الدقيق الأبيض، أو ما يسمى: الكورن فلكس المحلاة بالسكر طبعاً، الشوكولاتة والبسكويت والكاتويات، والمربيات، والزبدة، الكرواسان، والطعام الجاهز، الدجاج المقلي بالدقيق، والهمبرغر، والنقانق، والبطاطا، والآيس كريم الغني بالسكر والدهون، والمعكرونة والباستا، والبوب كورن الغني بالزيوت.

إضافة إلى المشروبات الغازية والعصائر الجاهزة الغنية بالسكر والمانجو والفواكه

المجففة، وهذا كله يؤدي بشكل مؤكد للإصابة بالسمنة ومضاعفاتها «أو ظاهرة السمنة. والسكري، وأمراض القلب والضغط وفرط الكولسترول» أي أن كل هذه الأمراض هي عدة أوجه لمرض واحد.

تنتج زيادة الوزن غالباً عن خلل في أداء البنكرياس ووظائفه: ويكون النظام الغذائي المناسب الفقير بالسكريات الرديئة، والذي يحوي كميات معتدلة من السكريات الجيدة البطيئة الهضم كالقمح والشوفان وكميات قليلة من الدهون الرديئة كفيلاً في معظم الأحيان بتصحيح هذا الخلل، وبالمساعدة بالتالي على تخفيف الوزن.

يلعب البنكرياس دوراً أساسياً في عملية الأيض ويفرز البنكرياس هرمون الأنسولين. والأنسولين هو بكل بساطة هرمون يفتح وحدات الاستقبال في الخلايا، ليدخل إليها السكر ويتم تحويله إلى طاقة، ولكن مع التقدم في السن تضعف تدريجياً حساسية الأغلفة الخلوية تجاه «الأنسولين»، وحتى عندما يكون «البنكرياس» بصحة جيدة، ويفرز كمية طبيعية من «الأنسولين» غير كافية للتسبب في مقاومة الخلايا «للأنسولين».

وبشكل خاص في حال إعطاء الأطفال، أو البالغين كميات كبيرة من السكريات والطعام الرديء تَحُول دون الاستخدام الجيد للسكر، الذي يبقى نتيجة لذلك في الدم، حتى يصل إلى الكبد الذي يحوله إلى دهون، وتتخزن هذه الدهون عادة في بطون الرجال، وفي أرداف وأوراك النساء، وينتج عن ضعف قدرة الخلايا على امتصاص السكر زيادة في مؤشر التحلون في الدم، مما يحث «البنكرياس» أكثر وأكثر على إنتاج المزيد من «الأنسولين»، مما يخلق بدوره حلقة مفرغة، فزيادة نسبة «الأنسولين» في الجسم تخلق لدينا شعوراً بالجوع والرغبة في تناول السكر.

من هنا نفهم لماذا مع التقدم في السن يزداد وزن ثلاثة أرباع الناس، أما الربع الباقي، فإنه لا يتفادى زيادة الوزن، إلَّا لأن كمية «الأنسولين» التي يفرزها جسمه غير كافية للتسبب في مقاومة الخلايا «الأنسولين»، والجدير بالذكر أن مقاومة الخلايا «للأنسولين» وزيادة نسبة «الأنسولين» في الجسم لا تؤديان فقط إلى تراكم الدهون في الجسم، بل تسهمان أيضاً في الإضرار بأغلفة الخلايا، مما يسبب بدوره الالتهابات وإفراز «السيتوكين» الذي يؤدي إلى الشيخوخة المبكرة للأنسجة والجسم بشكل عام.

يعتبر مرض السكري عند الأطفال أهم أمراض الغدد في طب الأطفال، وهو على نوعين:

1. النوع الأول : هو السكري المعتمد على الأنسولين IDDM وهو أكثر أنواع السكري التي تصيب الأطفال نتيجة اضطراب الآلية المناعية، التي تؤدي إلى تخريب البنكرياس، وهنالك حوالي مئتي مليون شخص من الأطفال واليافعين والبالغين يُعانون من هذا النوع من السكري، حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية حول العالم، ويكون السكري عادة شديداً، ويستمر مدى الحياة ويحتاج لإعطاء الأنسولين مدى الحياة.

وفي دراسة أجريت في عدة دول إسكندنافية، وجد زيادة انتشار السكري من هذا النوع لدى الأطفال الذين يرضعون حليب البقر بدلاً من حليب الأم مقارنة بأطفال الرضاعة الطبيعية.

ويصيب المرض الذكور والإناث على حد سواء، وتلاحظ زيادة في عدد الحالات المشخصة في عمر (6.5) سنوات، مما يتناسب مع سن دخول المدرسة، وكثرة التعرض للالتهابات الفيروسية والأزمات النفسية، وتلاحظ زيادة أخرى في سن (11 . 13) سنة، مما يتناسب مع تسارع النمو أثناء البلوغ وزيادة الحاجة للأنسولين.

2. النوع الثاني : أو ما يسمى بالسكري غير المعتمد على الأنسولين، أو niddm. وهنا نلاحظ وجود قصة عائلية لأشخاص آخرين من العائلة نفسها مصابين بهذا النوع من السكري وعادة ما يصيب الأطفال المصابين بالسمنة، وهنا يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين لكنها في الغالب تكون غير فعالة، ولقد شوهد زيادة في نسبة هذا النوع من السكري، حيث بلغت نسبته حوالي 25 % من مجموع مرضى السكري، وهو مؤشر خطير مع تزايد أعداد البدينين بشكل عام.

الآلية المرضية

لما كان سكر (الجلوكوز) هو السكر المعتمد داخل الجسم، فإن معظم أنواع السكر الأخرى ستتحول إلى جلوكوز ليتم امتصاصها إلى الدم، ولكي يلعب الجلوكوز دوراً في توليد الطاقة، لا بد أن يدخل من الدم إلى داخل الخلايا لكي تتم أكسدتها واستهلاك الطاقة. ولا تتم هذه العملية إلَّا في وجود «الأنسولين» الذي تفرزه غدة البنكرياس، وفي حال غياب

الأنســولين، أو فقــده مفعوله، كما يحدث في مرض الســكري، فإن الجلوكــوز لن يتمكن من دخول الخلية لأكسدته وبالتالي سوف يرتفع تركيزه في الدم مسبباً أعراضاً ومضاعفات داء السكر.

أسباب السكري

1 . تلعــب الوراثــة دوراً مهماً في الآلية المَرَضِــيَّة لداء الســكري مــن النمط الأول، فقد لوحظ ظهور المرض عند عدة أفراد من عائلة واحدة.

وهناك نظرية آلية المناعة الذاتية، ويؤيدها ظهور أجســام ضدية لخلايا البنكرياس، وهــي جــزر (لنجرهانــز) في 50 % من المرضــى، كما لوحــظ عند بعض الســكريين زيادة مولدات الضد الليمفاوية البشرية، ووجود مولدات الضد هذه بكميات كبيرة في دم (مصل) أقارب الطفل المُصاب بداء السكري، قد يكشف استعدادهم للإصابة بهذا المرض.

وعــدا عــن الوراثــة فهناك عوامل أخرى مهمة، تســهم فــي إظهار داء الســكري منها: الإنتانات بالفيروســات مثل: (النكاف، الكوكســاكي 4، والحصــبة الألمانية) والتهاب الغدة الدرقية الليمفاوي من نوع هاشيموتو.

وحديثاً أثبتت الدراسات التي أجريت في بريطانيا: أن السكري من النوع الأول، قد يكون سببه (وبدرجة عالية من الثقة) نوع من الفيروسات، مما يزيد إمكانية تطوير لقاح مضاد له يُعطى للأطفال، لمنع حدوث هذا المرض الخطير، والذي يُعاني منه ملايين الأطفال.

وهنا نصل إلى استنتاج وهو أن العامل الوراثي يؤهل المريض للارتكاس المناعي الذاتي، الذي يرافق الإنتانات بالفيروسات، كما أشرنا سابقاً، والذي يؤدي للإصابة بالسكري.

2 . والنوع الثاني : من الســكري وهو الذي لا يعتمد على الأنســولين، فلقد ازداد بشــكل كبير خلال العشــرين سنة الماضــية عند فئة الأطفال نتيجة انتشار ظاهرة السمنة عندهم، حيــث أظهرت أحــدث التقارير للدراســات التي أجريت فــي أميركا، وكذلك حســب تقارير منظمة الصــحة العالمية ازدياد نســبة الســمنة عند الأطفال بشــكل يثير المخاوف عند كل المتخصصين في هذا المجال.

ويعتبر هذا النوع من الســكري مســؤولاً عن 20 ـ 25 % من مجموع حالات الســكري عند الأطفــال، وفي هذا النوع من الســكري يمكن اســتعمال الحبوب الخافضــة للســكر بدلاً من



الأنسولين في علاج هذا النوع من السكري، بالإضافة إلى الحمية الغذائية المناسبة.

الأعراض الرئيسة:

هي كثرة البول، العطش الشديد مع جفاف في الحلق والفم والإفراط في تناول الطعام ونقص الوزن، وهذه الأعراض تعكس نقص قدرة الطفل المُصاب بالسكري على تركيب الأنسولين وإفرازه كاستجابة لتناول الطعام، ومن الأعراض الثانوية الأخرى: الوهن، السلس البولي الليلي، تبدل الطباع والعصبية، وقد تستمر هذه الأعراض أسابيع عدة قبل تشخيص المرض.

المضاعفات:

تحصل غالباً بعد مدة لا تقل عن عشر سنوات من بداية المرض وتشمل:

1. الاعتلال (انسداد) في الأوعية الكبيرة مثل: الأبهر والأوعية الإكليلية وشرايين الأطراف، مما يحدث نقصاً في التروية الدموية معمم، أو احتشاءات، أو عرج، وتترافق هذه

الاختلاطات مع داء السكري المترافق مع البدانة، وفرط شحوم الدم غير المسيطر عليها بالعلاج والتغذية.

2. وقد يؤدي السكري أيضاً إلى اعتلال (انسداد) الأوعية الصغيرة، كما يحدث في الدماغ، مما يؤدي إلى حدوث الفالج أحياناً.

3. وكذلك يؤدي السكري إلى التهاب الأعصاب المتعدد في 30 ـ 40 % من المرضى بعد تجاوزهم سن البلوغ.

4. ويؤدي السكري كذلك إلى مشكلات في الكِلْية (30.40 %) وهنا تجدر الإشارة إلى أن التهاب الشبكية السكري (تصلب شرايين الشبكية ووجود أمهات الدم الصغيرة في شرايين الشبكية) وهو من أخطر مضاعفات السكري، ويؤدي إلى العمى، يصيب تقريباً كل المرضى ويؤدي إلى خمسة آلاف حالة عمى في الولايات المتحدة سنوياً.

مثلث الخطر

1. السيطرة على السمنة

إن الأغلبية العظمى من الناس تعاني خللاً في وظائف البنكرياس، هذا العضو الحيوي في الجسم. وهذا ليس مستغرباً، نظراً إلى نوعية الأطعمة التي نطعمها لأطفالنا في أيامنا هذه، والتي تضر بالبنكرياس وتجعله منذ الطفولة غير قادر على التعامل بشكل فعال مع استهلاكنا المبالغ فيه من السكريات الرديئة الموجودة في رقائق الحبوب، المزوّدة بالسكر والمحضرة من دقيق أبيض.

والمشروبات الغازية و«الجاتوه» و«الآيس كريم» و«الشوكولاته» والسكاكر، التي يتساهل الأهل في إعطائها، وتعويد الأطفال عليها لتدليلهم معتقدين أنها ستهدئهم وتحسّن مزاجهم، لكنها لا تؤدي في الحقيقة إلّا إلى تخريب عملية الأيض (الاستقلاب، أو حرق الغذاء في الجسم) لديهم، والإضرار بوظائف البنكرياس وإصابتهم بالسمنة.

وينصح اختصاصيو التغذية بالبدء في تجنيب الأطفال خطر السمنة ومنذ الطفولة المبكرة، وحمايتهم بالتالي من المخاطر الصحية التي تجلبه لهم لاحقاً في الحياة على مستوى القلب والأوعية، وعلى مستوى الشيخوخة المبكرة. ولا بد لتحقيق ذلك من حذف السكريات سريعة الهضم ورقائق الحبوب المحضرة من الدقيق الأبيض والسكر من نظامهم

الغذائي.

وتبني قواعد غذائية تأخذ بعين الاعتبار متطلبات البنكرياس. إن ضمان قيام البنكرياس بوظائفه بشكل سليم، يستلزم تناول أطعمة مناسبة للتحكم في كمية الأنسولين التي يفرزها، ولا بد من الإشارة هنا إلى أن الأنسولين يؤثر في خلايا الجسم، خاصة قدرتها على الاختيار بين تحويل السكر إلى طاقة، أو تحويلها إلى دهون.

إن تناول السكريات الجيدة البطيئة الهضم مع سلوك نمط حياتي يعطي أهمية قصوى للرياضة وبشكل يومي كفيلان بالمحافظة على معدلات جيدة من إفراز الأنسولين، وتفادي حصول مقاومة أغلفة الخلايا للأنسولين، والذي يحصل مع تناول الغذاء الرديء، وهنا تجدر الإشارة إلى أهمية أخذ النقاط التالية بعين الاعتبار والجدية القصوى:

. تجنب المشروبات الغازية وعصائر الفاكهة الجاهزة.

. تناول كميات معتدلة للأطفال (وقليلة للبالغين) من السكريات الجيدة، وذلك للوقاية من السمنة والسكري في آن واحد.

. ونذكر هنا ما يلي:

القمح، الشوفان، الشعير، الحنطة السوداء، اللوبياء الخضراء، الهليون، البطاطا الحلوة، الأفوكادو، البصل، البروكلي، الفاصولياء اليابسة.

ويجب الابتعاد عن السكريات المكررة والدقيق الأبيض، والذي هو أيضاً فقير بالألياف الغذائية والتي قد تؤدي إلى الإمساك المزمن.

ـ تنــاول الأغذية الغنية بأحماضـ ال (أوميغا ـ 3) OMEG A-3 الدهنية والحرص على تناول الأسماك ذات اللون الأحمر الزهري مثل: الترويت، والسلطان إبراهيم، وخلافه.

وكذلك أخذ قدر متوســط من المكســرات مثل: الجوز والبندق، وتجنب الأغذية الغنية بالأحماض الدهنية المشبعة مثل: الدهون والحلويات والجاتوه والأطعمة المقلية بالمارغرين وخلافه، والاستعاضة عنها بزيت الزيتون.

ـ تنــاول في كل وجبة طعام كميات كافية مــن البروتينات مثل تلك الموجودة في البقول والأفــوكادو، فالبروتينات أساســية للوقاية من مقاومة الخلايا للأنســولين ولتخفيف الوزن، ويجب تناولها، حتى في الوجبات الخفيفة التي نتناولها بين الوجبات الرئيســة لتفادي الجوع وأخذ وجبات ثقيلة.

ـ الإقــلال ما أمكن من اســتعمال المحليات الصــناعية كالســكرين وخلافه من الأنواع الأخرى المتوفرة في الأسواق.

ـ تناول الطعام بكميات معتدلة ووجبات عديدة وتجنب الوجبات الثقيلة!!

ـ تناول الماء بعد الوجبات، وليس معها لتجنب حصول سوء الهضم وينصح أيضاً بتناول الشــاي الأخضر، لما له من دور مهم في تأخير شيخوخة الخلايا لاحتوائه على مواد مضادة للأكسدة.

2 . السيطرة على السكري

تعتمد على تنظيم الغذاء كَماً ونوعاً مع مراعاة ممارســة الرياضــة، وفي النوع الشــائع الأول. وهو السكري المعتمد على الأنسولين. يجب إعطاء الطفل الأنسولين بشكل دوري تحت الإشــراف الطبي، ويجب أن يحتوي غذاء مريض الســكر على العناصــر الغذائية المتوازنة، حيث تشكل النشويات والسكريات (50 ـ 60 %) من الغذاء.

ويجب أن لا يحرم المريض المُصــاب بالســكري من النشــويات بكميات معتدلة، حيث إن حرمانــه منها بشــكل مطلق والاعتماد على المواد البروتينية والدهــون يؤدي إلى أن يقوم الجســم بتكوين الســكر من هــذه المواد، مما ينجم عنــه تراكم المــواد الكيتونية بالدم مثل الأســيتون، والتي لها أضــرار بالغة في الجســم قــد تنتهي بحدوث غيبوبــة، وكذلك يجب أن



يحتوي الغذاء على البروتينات.

ويجب أن تكون من 15 ـ 20 % على أن تكون الدهون أقل من 30 % مع مراعاة إعطاء الطفل الأغذية الغنية بالألياف كالخضروات مثل: الخس والخيار والخرشوف، والفواكه كالتفاح بقشره والبرتقال والجريب فروت، والحبوب والبقول مثل: الفول والعدس والفاصولياء والقمح الكامل (الخبز الأسمر).

ويُراعى إعطاء الطفل ثلاث وجبات رئيسة مع ثلاث وجبات خفيفة بينها. ويجب معايرة السكر بشكل يومي وتعديل كميات الأنسولين حسب ذلك. وأخيراً مهما كان نوع مرض السكر، ومهما كانت درجته في الدم، فلا مفر من اتباع نظام غذائي في العلاج، ولا يوجد مرض من الأمراض يعتمد علاجه على تنظيم الغذاء مثل مرض السكر.

وهنا تجدر الإشارة إلى أن المرضى ممن يتبعون نظام أخذ عدة حقن من الأنسولين يومياً، أو استعمال مضخة الأنسولين بإمكانهم أن يتمتعوا بمزيد من الحرية بتناول الطعام وبتحديد أوقاته، بحيث يتسنّى للطفل أخذ حقنة الأنسولين قبل كل وجبة طعام، وبمجموع

كمية الأنسولين اليومية المحددة له، والتي تعتمد على معايرة السكر بالدم بشكل دوري، كما أشرنا سابقاً.

ثم الإشـارة إلى أهمية إجراء فحص لعين الطفل بشـكل دوري سنوي، للاطمئنان على سلامة الشبكية معايرة لمستوى (المايكرو البومين) في البول وفي حال ارتفاعه يشير لوجود خلل في وظائف الكلية،ُ ويجب على الأهل معايرة الكوليسـترول بشـكل سنوي، وإجراء قياس لضغط الدم بشكل دوري للحد من مخاطر الأمراض القلبية عند مرضى السكر.

وهناك اختبار يجب إجراؤه أربع مرات بالسـنة لمعايرة مدى ضـبط معدل السـكر من قبل الأهل، وهو عيار (الجلايكوهميوغلوبين) ، وهو قياس الهيموغلوبين المتحد مع الجلوكلوز والهيموغلوبين A, وهذا يعكس منسوب السكر في الدم في الأسابيع الستة السابقة على موعد تحليل الدم.

اكتشاف ألماني يمكن أن يساعد في علاج أسباب مرض السكري



يعتبر مرض السكري Diabetes mellitus وباءً عالمياً، إذ تقدر منظمة الصحة العالمية عدد المصابين به بـ 230 مليون نسمة، وهذا يعني إصابة شخص واحد من كل ستة أشخاص به. ويعرِّف الأطباء مرض السكري بأنه مرض ينتج عن ارتفاع في نسبة السكر في الدم، وهي حالة مزمنة تنتج عن نقص جزئي، أو كلي في هرمون الأنسولين الذي تفرزه غدة البنكرياس ليقوم بمساعدة السكر في الدم للدخول إلى خلايا الجسم، حيث يتحول إلى طاقة تساعد الجسم على الحركة. وعندما يقل الأنسولين الذي تفرزه غدة البنكرياس في الجسم، فإن السكر يزيد في الدم، ولا يستطيع الجسم الاستفادة منه، ولذلك نراه يظهر في البول.

وهناك نوعان من مرض السكري:

النوع الأول: المعتمد على تعاطي الأنسولين، وهو يعود إلى عدم إفراز البنكرياس لهرمون الأنسولين، وقد يظهر في أي عمر ويصيب واحد في المائة من المواليد. وحتى الآن لا يتوفر علاج لهذا النوع سوى تعاطي حقن الأنسولين. ويعتقد الأطباء أن سبب ظهور هذا المرض هو المناعة الذاتية لوجود أجسام مضادة تتلف خلايا «بيتا» البنكرياسية، التي تفرز الأنسولين. يذكر أن أغلب مرضى هذا النوع الوراثي تحت سن الثلاثين، وهم نحاف وتتأخر لديهم فترة البلوغ وعلاماته المميزة.

النوع الأكثر انتشاراً

أما النوع الثاني: من مرضى السكري، فهم غير معتمدين على حقن الأنسولين. وهذا النوع أكثر انتشاراً، ويمثل95 في المائة من المصابين بمرض السكري والمتميزين ببدانتهم. وعادة تظهر أعراض هذا المرض في مراحل متأخرة من العمر ولاسيما فوق سن الأربعين، وهو يعود إلى أن البنكرياس يفرز كميات قليلة من الأنسولين لا تكفي لحرق الجلوكوز في الدم والمحافظة على معدله الطبيعي في الدم. وغالباً ما يكتشف هذا المرض بالصدفة عند إجراء تحليل دوري.

وعلى النقيض من النوع الأول لمرض السكري، يمكن للمريض أن يخفف من أعراض المرض عن طريق نقص الوزن. لكنه قد يلجأ للأقراص المخفضة للسكر، والتي تحث البنكرياس على إفراز الأنسولين في حال فشل الريجيم. ومع مرور الوقت قد يكف البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين ويصبح المريض محتاجاً لحقن الأنسولين، وعندها يتشابه النوع الثاني مع النوع الأول. وتجدر الإشارة إلى أن عدد الألمان الذين توفوا سنة 2005 بسبب هذا المرض يفوق 24000 شخص.

بارقة أمل لمرضى السكري

اكتشف بعض العلماء الألمان بروتيناً قد يساهم في وقف مرض السكري بشكل نهائي، إذ هناك «مادة تساهم في إيقاف إنتاج مادة الأنسولين مع تقدم السن»، كما يقول الأستاذ ميشائل غيتسوف، رئيس قسم أبحاث علوم التغذية في جامعة يينا. فإيقاف إنتاج بروتين معروف باسم: «فرتاكسين»، يمكن أن يحد من تلف خلايا غدة البنكرياس المنتجة



للأنسولين، حسب رأي العلماء الألمان.

وخــلال تجربة هي الأولــى من نوعها قام بعضـ العلماء الألمان بحقن فئران مصــابة بداء الســكري بروتين فرتاكسين، مما أدى إلى زيادة إنتاج الأنسولين. هذه النتيجة يفسرها غيتســوف كالتالي: «مادة البروتين تحمي الخلايا المنتجة للأنسولين من التلف». لهذا يأمل العلماء الألمان بإنتاج دواء يقضــي على المرض في خضــم السنوات الثمانية القادمة، إذ أن «تزويـد المريض بهذا الدواء في وقت مبكر يجعل الخلايا المنتجة لمادة الأنســولين تتكاثر بسرعة».

السكري لدى الأطفال
يزيد التهاب اللثة والأسنان



نبَّه الباحثون في نيويورك إلى ضرورة الاهتمام باللثة لدى مرضى السكري من الصغار في السن، بعد النتائج المثيرة التي خرجوا بها في واحدة من أهم الدراسات التي تربط مرض السكري بمضاعفات قصيرة المدى على صحة اللثة والأسنان.

ومن جهة أخرى بدأت دراسة عالمية تشمل أكثر من 220 ألف طفل ومراهق في مراكز طبية شتى من مناطق العالم لمعرفة السبب الجيني للانتشار المتزايد في حالات مرض السكري لدى صغار السن، أو النوع الأول من مرض السكري.

وقال الباحثون من المركز الطبي التابع لجامعة كولومبيا بمدينة نيويورك الأميركية: إن علاقة مرض السكري لدى البالغين بالتهابات اللثة وتسوس الأسنان معروفة منذ مدة، لكن

الجديد هو اكتشـاف أن نسبة عالية من مرضـى النوع الأول من السكري، أو سكري الأطفال هم أيضـاً عرضـة للإصـابة بهما، وأن خطورة الإصابة بمشاكل اللثة والتسـوس ليست أحد المضاعفات المتأخرة للسكري فقط.

الباحثـون قاموا بمقارنة متابعة أكثر من 180 طفلاً ومراهقاً تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 18 سنة من مرضى السكري، بأكثر من 160 من غير المرضى وفي نفس العمر.

وأظهرت النتائج التي تم نشرها ضمن دراسات. عدد فبراير (شباط) من مجلة العناية بمرضى السكري الأميركية: أن حوالي 60% من مرضى السكري الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 11 سنة لديهم مؤشرات التهابات اللثة، هذا بالمقارنة مع 30% ممن هم في نفس السن لكن غير مرضـى السـكري. كما أن المثير هو أن 80% من مرضـى السـكري الذين تتراوح أعمارهـم بين 12 ,18 سـنة لديهم مؤشـرات التهابات اللثة. وسـيقوم الباحثون باسـتكمال الدراسة لمتابعة أكثر من 700 طفل ومراهق لمدة أطول.

آثار السكري

مـن جهته علق الدكتـور «أحمد كنعـان» من جامعة ديترويت ميرسـي بولاية متشـيغن الأميركية قائلاً: إن من الضـروري التنبه إلى آثار مرض السـكري على جهاز مناعة الجسم واضـطراب أدائه لوظائفه، فالبكتيريا الموجودة بشـكل طبيعي في الفم تنشـط بشكل أكبر لدى مرضـى السـكري من الأطفال والبالغين، وبالتالي تؤثر بصفة مباشرة على اللثة، الأمر الـذي يحتـم اهتمام الأهل بهذا الجانب خاصـة مع ظهور العديد من الدراسـات الطبية في الآونة الأخيرة التي تربط بين مشـاكل اللثة واضـطرابات أعضـاء شـتى في الجسم كالقلب والكبد وغيرهما.

والدراسة هذه من جامعة كولومبيا بنيويورك تشير بشكل واضح إلى هذه المشكلة التي قد تصيب الأطفال من مرضى السكري بشكل لم يتم التنبه إليه من قبل.

وأضـاف: إن ممـا على الأهل ملاحظته هو المؤشـرات المبدئيـة، أو أعراض التهابات اللثـة، والتـي منها: احمرار وانتفاخ اللثة، وسـهولة نزيف الدم منها عند الضـغط البسـيط عليها، أو أثناء تنظيف الأسنان.

وأكد الدكتور «كنعان» أن المعالجة وبلوغ مرحلة الشـفاء من التهابات اللثة هي أسـهل،

ومضـمونة بنسـبة عالية بخلاف ما لو كانت لـدى البالغين، وأوضـح أن بالمتابعة مع طبيب الأسـنان عبر زيارته مرة كل سـتة أشـهر، أو أقل منها، وبمداومة الأم على ملاحظة تنظيف الطفل لأسـنانه بالمعجون والفرشـاة ومتابعة الطبيب للتقدم فـي العلاج، فإنه يمكن التغلب على هذه المشـكلة لدى الأطفال المصابين بمرض السـكري، أو غيرهم من السليمين منه. مـن ناحية أخرى بـدأت في الولايات المتحدة دراسـة عالمية بإشـراف المؤسسـة القومية للصـحة، ستشـمل ما يربو على 220 ألف طفل من السـليمين من مرض السكري ومتابعتهم لمدة أربع سـنوات في سـبعة من المراكز الطبية في الولايات المتحدة وخارجها. وسـتعتمد الدراسة على الفحص الجيني ومتابعة أثر نتائجه في زيادة عرضة الإصابة بمرض السكري. والدراسـة التي سيتولى رئاستها البروفسـور «جن زونغ شي» مدير مركز أبحاث طب التقنية الحيوية والجينات في كلية الطب بجورجيا بولاية أطلنطا الأميركية تعد اسـتكمالاً لدراسات سـابقة قام بها البروفسـور «شـي» وفريقه حول دور الجينات واضطراباتها في زيادة عرضة التأثر بأسباب مرض السكري لدى الصغار.

ويظهر السكري لدى صغار السن نتيجة حصول اضطرابات في جهاز المناعة، لم يعرف حتى اليوم بواعث حصـولها، تؤدي بالنتيجة إلى اسـتهداف خلايا مناعة الجسم لخلايا بيتا في البنكرياس التي تفرز هرمون الأنسـولين المنظم لنسـبة السكر في الدم، ومدى استفادة خلايا الجسم منه في إنتاج الطاقة.

وعادة ما يظهر المرض بشـكل متسـرع لدى الأطفـال بعكس الكبـار، إذ تبدأ أعراض العطش وكثرة شـرب الماء وكثرة التبول في الظهور، مع انخفاض وزن الجسم برغم الزيادة فـي الأكل، ممـا يتطلـب تعويض اختفاء الأنسـولين في الجسـم عبـر أخذ حقن الأنسـولين بشـكل يومي منعاً للإصـابة بارتفاع نسبته إلى حد المعاناة من الغيبوبة، أو ظهور مضاعفاته وتداعياته بعيدة المدى.

وتمثل العناية بمرض السكري مصدر قلق للأهل، لكن بالمتابعة السليمة، وتفهيم الطفل شيئاً من المعلومات عن المرض ووسائل علاجه وطرق الوقاية من الإصابة بمضاعفاته يمكن الحصول على تعاون أكبر من الأطفال مع العلاج.

عناية الأم بالطفل المريض بالسكري



إصــابة الطفل بمرض الســكري خبر يقلق الأمهات والآباء كثيراً، ومتابعة العلاج ترهق الطفل ووالديه، من هنا، فإن معرفة الأم بأساســيات المرض وعلاجه تســهل الأمر، وتجعل من الممكن تفادي المضــاعفات والنكسات الصــحية التي ربما يتعرض لها الطفل. الأطفال يصــابون بالنوع الأول من مرض الســكري الذي يحدث نتيجة اضطراب في عمليات المناعة يؤدي إلى تلف خلايا البنكرياس المســؤولة عن إفراز هرمون الأنســولين، وهذا الهرمون هو الذي ينظم اســتفادة خلايا الجســم في الأعضــاء المختلفة من الســكريات اللازمة للطاقة وتيســير أداء الأعضــاء لواجباتها. هناك نوع آخر من مرض الســكري ينتج عن كســل خلايا

البنكرياس عن إنتاج كمية كافية من الأنسولين ويدعى النوع الثاني.

ومـن الأمـور التي تذكرها رابطة السـكري الأميركية أن من الخطـأ الاعتقاد أن تناول السـكر سـيؤدي إلى الإصـابة بمرض السـكري، ولا يوجد داعي يمنع الأطفال من الاستمتاع بالحلويات إذا ما كانت بكمية معقولة لا تؤثر على وزنهم، أو صحة أسنانهم. أحد أهم الأسئلة التي تطرحها الأم هو: لماذا أصـيبت ابنتي، أو ابني بمرض السـكري، وفي ذهنها أن الوراثة هي السبب، لكن الحقيقة أنه لا يوجد أحد يعلم لماذا يصاب الأطفال بالنوع الأول من مرض السـكري دون غيرهم، ودور الوراثة في سـكري الأطفال ضـعيف، فغالب الأطفال المرضـى بالسكري لا يوجد أقارب لهم مصابون به. والنوع الثاني تزداد الإصابة به اليوم بين الأطفال وينتج عن عدة عوامل أهمها: السمنة.

العناية العامة

التنبـه إلـى وجود مرض السـكري في بدايات حصـوله مهم جداً لأنه يقلل من فرصـة ظهور مضـاعفات المرض، والأعراض المهمة في الطفل المُصاب هي: كثرة التبول، وشرب الماء، والشعور بالجوع، ونقص الوزن والتعب بشكل سريع، والشكوى من عدم وضوح الرؤية. والمضـاعفات المستقبلية المحتملة نتيجة عدم المتابعة السليمة لمرض السكري تشمل تلف الأعصـاب في الأطراف، وتلف الشـبكية في العين، وتدهور وظائف الكلى، ولدى كبار السن أمراض شـرايين القلب. إن من أصـعب الأمور تعليم الطفل الصغير أهمية منع حصول هذه المضـاعفات المسـتقبلية للمرض، أو المراهق عدم العبث بهذا الأمر على عادة المراهقين في مخالفة توجيه الوالدين.

وهنـا يجـب علـى الوالدين تفهم نفسـية الطفل فـي كل مراحل عمره واتباع الأسـلوب المناسب لضمان تجاوبه وتفهمهما معاناة الطفل جراء هذا المرض. هناك ثلاثة مضاعفات محتملـة أخرى تحتاج عناية خاصـة فـي الأطفال: العنايـة بالجلد، وهو أمـر هام كالجروح والحساسـية وأماكن حقن إبر الأنسولين وتحليل السكر عبر وخز الإبرة، والعناية بالقدمين، وصحة الفم.

الشفاء التام من مرض السكري غاية يسعى العلماء إلى الوصول إليها من خلال عمليات زراعـة البنكرياس، وهي ما تجـري الأبحاث عليها ولم تتوفر بعد كعـلاج روتيني لكل الناس

ســواء الصغار، أو الكبار. لكن وســائل العلاج اليوم وطرق المتابعة الطبية في حال تطبيقها والالتزام بإرشـاداتها قادرة على توفير عيش حياة صـحية وسعيدة، وهو ما تؤكده الدراسات لا الظن فقط.

العلاج بالأنسولين

قبـل أن يصـاب الطفل بمرض السـكري كان البنكرياس قادراً على إفراز الأنسـولين بكمية تكفي حاجة الجسـم استجابة لمعدل السكر في الدم، وفي علاج مرض السكري، فإن الأنسـولين هو الدواء في حالتين: الحالات التي لا يفرز الجسم الأنسولين أصلاً، أو الحالات التي يفرز الجسـم قدراً غير كاف، ولا تجدي الحبوب في القيام بالواجب. وأياً كان السـبب، فإن هناك أنواعاً عدة من الأنسولين وطرق مختلفة لإعطائه للطفل.

وأنواع الأنسـولين تشـبه أنواع الرياضيين في رياضـة الجري، منهم من يجري بسرعة لمسافات قصيرة، ومنهم من يجري ببطء لكن لمسافات طويلة، كلا النوعين مهم، أي أنه لا يقال أن نوعاً أفضـل من نوع، وكلاهما يعطى للعمل في فترات معينة. النوع السـريع المفعول ما إن يحقن تحت الجلد، حتى يمتصه الجسم ويدخل إلى الدم ليعمل بسرعة (أي خلال ربع سـاعة) على خفض نسبة السكر من خلال تسهيله اسـتفادة الخلايا من السكر. ويحقن في العادة قبل تناول وجبة الطعام مباشـرة ويسـتمر مفعولة حوالي أربع سـاعات. النوع قصير مدة العمل ويعطى قبل نصـف سـاعة من تناول الوجبة الغذائية ويستمر مفعوله حوالي ست ساعات، هذا النوع هو الذي يسمى: الأنسولين الصافي.

أما النوع الثالث يسمى: متوسط مدة العمل، أو الأنسـولين العكر، وهو نفس النوع الثاني إلّا أن هناك مادة تضـاف إليه تقلل من سـرعة امتصـاص الجسم له من مكان الحقنة تحت الجلـد، ويبـدأ العمل عادة بعد ثلاث سـاعات من أخذ الإبرة، ويسـتمر مفعوله في الجسـم حوالي 12 إلى 16 سـاعة، لذا يعطى مرتين في اليوم ليغطي فترتي الليل والنهار. وهناك نوع رابع أطول مدة ليصل مفعوله إلى 20 ساعة. يجب حفظ الأنسولين بعناية، حتى لا يفقد قوته وتأثيره، قوارير الأنسـولين التي لم تفتح بعد توضـع في البراد وليس في الفريزر، والقارورة التي تأخذ الأم منها جرعات حقن الأنسـولين، فإنها تحفظ في درجة حرارة الغرفة العادية البـاردة وليسـت الحارة أي أقل مـن 25 درجة مئوية، فـإن لم تكن كذلـك، فإنها تحفظ في

الثلاجـة. عند ملء الإبرة يجب أخذ الكمية اللازمــة وتدفئتها قليلاً بين الكفين قبل حقنها، وعلى الأم أن تتأكد كل مرة من تاريخ الصلاحية واسم النوع.

طرق إعطاء الأنسولين

العادة أن يعطى الأنـ ـسولين من خلال إبرة تفرغ الكمية تحت طبقة الجلد مباشـرة أي ليس في الجلد نفســه ولا في العضــلات، أو الوريد. ومنذ أن بدأ اسـتخدام الأنسولين كعلاج لمرض السكري، الأطباء كما المرضى يأملون في طريقة لأخذ جرعته دون حقن الإبر اليومي والمتكـرر، الأمر الذي يزعج الكبار ويؤلم الصـغار ويجعل الوالدين يعيشــان حالة من القلق الدائم على أطفالهم وتجاوبهم مع العلاج. لكن يظل الحقن أفضل وسيلة، وكثير من الأطفال يتجاوبون معه، خاصــة حينما يشـاركهم أطفال مرضــى آخرون الحديث عنـه. الباحثون ما زالوا يجدّون البحث ويطبقون اليوم أنواعاً بديلة لطرق الحقن.

الحقــن عبـر الجلد هــو أحد الطـرق المقترحـة؛ لأن الجلد كعضــو لديه القــدرة على امتصــاص المواد والعقاقير، الأمر المستخدم في بعض علاجات القلب، لكن مشكلة مركب الأنسـولين أنه كبير الحجم كي يسـتطيع الجسم امتصاصه بشكل مباشر، لذا يسعى العلماء إلى تطوير طريقة ما إما بمســاعدة شـحنات كهربائية، أو موجات فوق صوتية تسهل اختراق الأنسولين لطبقة الجلد والدخول إلى الدم، وهو ما ننتظره حتى الآن.

إن استنشــاق الأنســولين أحد الطرق التي يســمع الناس عنها كثيـراً، والأخبار الطبية تحدثـت عن نجــاح بعض التجارب حولها التي وصـلت إلى مراحل متقدمة من الدراســة، أو مــا يســميه الباحثون المرحلة الثالثة من الدراســة وهــي المرحلة التي إذا مــا أثبتت فاعلية يكــون بعدها عرض الأمر علــى إدارة الغذاء والدواء الأميركية لأخــذ الموافقة النهائية على استخدام المرضى له.

المشكلة الأهم حول هذه الطريقة هو الحاجة إلى استنشاق كميات عالية من الأنسولين كي تتمكن أنســجة باطن الأنف امتصــاص القليل منه، ما يعني بكثرة كمية مهمة بلا فائدة، والمشــكلة الأخرى هي تأثير الأنسولين المستنشق على الرئتين، فبعض الدراسات تشير إلى أثر ســلبي يظهر بعد فترة من ناحية قدرة الرئة على أداء وظيفتها بشــكل ســليم. لذا يقترح البعض إعطاء الأنســولين عبر بخاخ في الفم وهو ما أثبت فائدة مشــابهة لما يستنشــق من

خلال الأنف.

تناول الأنســولين كحبوب صعب في الوقت الراهن نظراً لتأثر مركبه بعصارات الجهاز الهضمي، لكن بعض الباحثين ـ كما تشير رابطة مرض السكري الأميركية ـ ما زالوا يحاولون وضع حل لهذا عبر مركبات تحمي الأنسولين. الحل العملي اليوم البديل لحقن الأنسولين هو مضخة الأنسولين.

أمراض الكِلَى عند الأطفال تزيد من فرص إصابتهم بارتفاع ضغط الدم

إن ارتفاع ضـغط الدم معروف عند البالغين أكثر من الأطفال، وتكمن خطورة المرض في أنه إذا لم يتم اكتشـافه وعلاجه، فإن ذلك سـوف يؤدي إلى جلطة قلبية وفشـل في عمل الكِلَى، ولأخذ الحَيْطة يجب أن يقاس الضغط في كل مرة يراجع فيها الطفل لأي عيادة، حتى يُكتشف ويبحث في سببه ويُعمل له العلاج المناسب.

لذلك يجب أن يُقاس بدقة ويتم الاستفسـار من تاريخ العائلة: هل هناك أحد مصـاب بمرض ارتفاع ضغط الدم.

وضـغط الدم هو عبارة حاصـل المقاومة في مجاري الدم وكمية ضخ الدم من القلب، وللقياس الدقيق يجب أن يكون الطفل مرتاحاً والجهاز مناسباً لعمر الطفل ووزنه.

وخصوصـاً في الأطفال الصـغار يجب الانتبـاه إلى حجم الجهاز الـذي يلف على اليد أثناء قياس ضغط الدم، ويجب أن يُغطي مساحة ثلثي الطرف بين الكتف والمرفق.

ولا يُقـال: إن الطفـل عنده ارتفاع ضـغط الدم إلَّا بعد قياسـه عدة مـرات وفي حالات متعددة للطفل: (مرتاحاً، جالسـاً، لم يأخذ أدوية ترفع الضـغط)، وضـغط الدم يتكون من قراءتين: ضغط الدم الانقباضي Systolic وضغط الدم الانبساطي Diastohi .

والضـغط الانقباضـي يزيد تدريجياً مع العمر ومع الوزن، ويوجد هنـاك جداول طِبِّية لمعرفـة مناسـبة العمـر والوزن لقياس ضـغط الدم، وضـغط الدم المسـتمر أكثر من 59% بالنسـبة للعمر، والوزن يكون غير طبيعي ويحتاج إلى فحوصـات بالإضافة إلى دراسة تاريخ المرض.

ومن الضـروري جـداً أن يقاس ضـغط الدم فـي أطراف الجسـم الأربعـة: (اليدين، والرجلين)؛ لأن هناك بعض الحالات المَرَضِيَّة مثل: تضيق الشريان الأبهر الخارج من القلب

المغذي للجسم، يكون فيها الضغط مرتفعاً في اليدين، وعادياً أو منخفضاً في الرجلين.

الأسباب الطبية لارتفاع ضغط الدم:

هنــاك نوعان من ارتفاع ضــغط الدم فقــد يكــون أوليــاً :Essential Hypertension, أو ثانوياً: Secondary Hypertenison .

ففــي النــوع الأول : لا يكــون هناك ســبب طبــي للمرضــ، ويوجد غالباً فــي البالغين والأكبر سناً، وعادة يوجد تاريخ للعائلة لهذا المرض فأغلب المصابين يكون آباؤهم عندهم نفس المرض، وقد وجد في الدراســات الطبية وأبحاث أجريت على عدد من المرضــى أنهم حَسَّاسون للملح، فإذا تناولوا الملح، فإن الضغط يرتفع.

وأما ضغط الدم الثانوي : فهو أكثر شيوعاً في الأطفال وقد يكون وقتياً أو مزمناً، وهو ثانوي لمرض، أو نتيجة أخذ العلاجات.

ومن أهم أسبابه : أمراض الكلى وتشمل التهاب حوض الكلى، التهاب الكلى المُصاب بالطفح الجلدي، كدمة، أو ضربة للكلى، مرض الذئبة الحمراء، مرض سرطان الدم المؤثر للكلى، انســداد في مجــاري الكلى، وجود ورم في الكلى، توســيع في حوض الكلى، تشــوهات خلقية في الكلى.

وأيضــاً اســتعمال بعض الأدوية مثــل: الكورتيــزون، أو زيادة أخذ فيتاميــن دال، بعض أمراض الجهاز العصبي مثل: التهاب أنسجة المخ ومرض ستيفن جونسون، وأمراض أخرى متعددة مثل: ارتفاع مستوى الكالسيوم في الدم.

يوجــد بعضــ أمراضــ الأوعيــة الدموية تؤثر على ضــغط الدم مثل: تضــيق الشــريان الأورطي، وتضيق في الشريان المغذي للكلية.

بعض أمراض الغدد مثل: زيادة إفراز الغدة الدرقية، والغدة الكظرية، ومرض السكري قد يؤثر على الكلى ويؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، وتعتبر أمراض الكلى هي أهم سبب لارتفاع ضغط الدم فهي تمثل حوالي 80 % من الأسباب.

ما هي أعراض المرض؟

- إن الأعراض تعتمد على المسبب، ولكن أغلب الأطفال المصابين يشتكون من صداع

ودوخة وأحياناً تشـنج. وإذا كان الطفل يُعاني من فشل في عمل الكلى، فسوف يؤدي هذا إلى تأخر في النمو ونقص في الوزن.

بعض الأطفال الصـغار لا يسـتطيعون التعبير عن الصـداع، ولكن أي طفل عنده نقص فـي النمو يجب قياس ضـغط الدم لـه. ولمعرفة الأسـباب يجب أخذ قصـة المرض كاملة، وأخذ تاريخ العائلة والأعراض المصـاحبة، ومن ثم الكشـف الكامل السَّريري على المريض شاملاً قياس ضغط الدم في الأطراف الأربعة، والتحليل المبدئي للبول، وإرسال تحاليل للدم شاملة، وظائف الكلى وكريات الدم ونسبة الهيموجلوبين وإرسال عينة من البول للزراعة في المختبر لمعرفة ما إذا كان هناك ميكروب في المسـالك البولية، ويجب عمل أشـعة سـينية للصـور، وتخطيط للقلب وأشعة صوتية للقلب، وأشعة صـوتية للكلى والمسالك البولية، وفي بعض الأحيان وحسـب الحالة يمكن طلب أشـعة ملونة للجهاز البولي. وعلى ضوء ذلك يمكن طلب بعض أنواع الإشعاعات، أو التحاليل.

الزراعة الحل الأمثل
لمرضى القصور الكلوي النهائي

نتحدث اليوم عن عملية زراعة الكلى عند الأطفال، وهذا الموضــوع من المواضيع التي تحظى باهتمام الكثيرين، حيث يوجد فئة من مجتمعاتنا تعاني من مرض الفشــل الكلوي، أو القصور الكلوي النهائي، وقد عافاهم الله بعد إجراء عمليات زراعة الكلى.

فالكلى هي أحد أهم أعضاء جسم الإنسان الحيوية المسؤولة عن إخراج الماء والأملاح الزائدة عن حاجة الجســم، وهذه أهم وظائف هذا العضــو، وفي بعض الأحيان قد يصــاب هذا العضــو ببعض الأمراض التي قد تؤدي بدورها إلى ما يعرف بالقصــور الكلوي النهائي، وقد يســأل القارئ: ماذا يعني هذا المســمى؟ أقول: إن الكلية تصــبح غير قادرة على القيام بوظيفتها ومن هنا تبدأ العلامات المَرَضِيَّة مثل:

1 - فشل عملية النمو الجسدي.

2 - نقص النضج الجنسي.

3 - الأنيميا الحادة.

4 - زيادة الحموضة الدموية.

5 - ارتفاع ضغط الدم.

6 - زيادة نسبة الفوسفات وقلة نسبة الكالسيوم، مما ينتج عنه هشاشة العظام، وكذلك نقص فيتامين «د» والذي يؤدي إلى نقص الكالسيوم، ويؤدي إلى هشاشة العظام.

وإذا حــدث كل هــذا فهــذا يعنــي أن ذلك الطفل يحتاج إلى جلســات تنقيــة الدم، وهو مــا يعرف بـ: «الغســيل الكلوي، أو تنقية الدم» وبعد أن تســتقر حالــة المرض يتطلع المريض وكذلك الأطباء إلى عملية زراعة الكلى.

إن زراعــة الكلى هــي الطريق الأمثل للأطفال الذين يُعانون من (قصــور كلوي نهائي)

وهنا يكون معدل تنقية الدم أقل من 10 مليميترات في الدقيقة ESRD, وقد تطور هذا المجال بصـورة مذهلة مشـرفة وزرعت الأمل في نفوس المرضـى الذين يُعانون مـن هذا المرض، وبفضـل الله تم التقدم في حفظ الأعضاء، وكذلك تطور الجراحات، وكذلك توفير العقاقير اللازمـة لمنـع رفض الكلية من الجسـم، وكذلـك توفير العقاقيـر اللازمة لمنـع العدوى أو الالتهابـات، كل هذا أدى إلى حـدوث نقلة نوعية في زراعة الكلـى، وإذا تمت عملية الزراعة بنجاح فهذا يؤدي إلى عدة أشياء مهمة منها: تحسن حالة نمو الطفل، وكذلك تحسن الحالة الصحية والغذائية والتحكم في ضغط الدم المرتفع، كل هذا يجعل عملية الزراعة هي الهدف والأمل للأطفال، فمعظم المراكز تفضل الزراعة عندما يكون وزن الطفل حوالي 10 كلغ.

الأسباب:

وقد يتسـاءل القارئ العزيز عن أسـباب القصـور الكلوي النهائي ESQD والذي يؤدي إلى عدم قدرة الكلية على القيام بوظيفتها، فأجيب وأقول: لأسباب عديدة عند الأطفال وقد تختلف هذه الأسباب عما يحدث في البالغين ومنها:

1 - العيوب الخلقية وكذلك الانسـدادات في مجرى البول، وهي تمثل حوالي 40 % وقد تكون هذه النسبة أكثر في الأطفال حديثي الولادة، وكذلك الأطفال في مرحلة النمو.

2 - العوامل الوراثية من أهم العوامل التي قد تؤدي بدورها إلى حدوث بعض الأمراض التي تؤدي إلى حدوث الفشل الكلوي.

3 - أمراض جهاز المناعة.

4 - الأمراض الاستقلابية.

وهي من الأسـباب الشـهيرة في حدوث الفشـل الكلـوي عند الأطفال بيـن عمر دخول المدرسة وبين سن البلوغ.

دواعي الزراعة

ولكن هناك سـؤال مهم يطرح نفســه وبقوة وقد يتسـاءل القارئ: ما هي دواعي زراعة الكلى، وما هي أيضـاً موانع زراعة الكلى، وأجيب على هذا السؤال وأقول: إن القاعدة العامة هو أن المرضى من الأطفال الذين يحتاجون إلى زراعة الكلى هم أفضل من البالغين، وتشير

النتائـج إلـى أن الأطفـال الذين تمت زراعة الكلى لهم هم أفضـل المرشـحين دائماً لعملية الزراعة.

أما موانع زراعة الكلى فهي :

1- عدم علاج الأورام السرطانية.

2- العدوى بمرض نقص المناعة المكتسبة والمعروف باسم الإيدز.

3- الالتهاب الكبدي الوبائي «ب».

4 –الأطفال الذين تم استئصـال أورام خبيثة «سـرطانية» يجب الانتظار حوالي 2 – 5 سنوات، وذلك يعتمد على نوع الورم المستأصل.

ويجب أيضاً اختيار الأطفال بعناية شديدة للزراعة وخصوصاً الذين يُعانون من عيوب خلقية متعددة.

وكذلـك الأطفال الذيـن يُعانون من التخلـف العقلي، حيث إن عمليـة زراعة الكلى من العمليـات المكلفـة ماديـاً، وتتحمـل فيهـا الدولة نفقـات باهظة مـن حيث توفيـر المراكز المتخصصـة وتوفير الأطباء المهرة وكذلك توفير العقاقير اللازمة، كل هذا يجب أن يوضع في الاعتبار ويأخذ بعين الحرص.

الخطوات

ولكن ما هي الخطوات والإجراءات التي يجب أن تتم قبل زراعة الكلى :

1- الفحص السَّريري والقصة المَرَضِيَّة كاملة.

2 - شرح كاف عن كيفية عملية الزراعة.

3 - يجب تحديد فصـيلة دم المريض؛ لأنه يجب أن يكون فصـيلة دم المتبرع من نفس فصيلة المريض.

4 - يجب عمل تحليل للأنسجة، ويجب توافق الأنسجة بين المتبرع والمريض.

5 - التحكم في ضغط الدم وعلاج ارتفاع ضغط الدم.

6 - علاج الأنيميا.

7 علاج حموضة الدم.

8 - ضبط أملاح الدم مثل الكالسيوم والفوسفور والبوتاسيوم.

9 - عمـل المـزارع للدم والبول لاسـتبعاد أيـة عدوى قد تؤثـر على زراعـة الكلى مثل: EBVCMVHIV .

ولكن ما هي الشروط التي يجب أن تتوفر في المتبرع؟؟

أن يكـون الكلى من متبرع حـي قريب للمريض مثل الأبوين، أو الأخوة ويكون عمره أكثر مـن 18 عامـاً، أو أن يكون حـي غير قريب للمريض، ويمكن الحصـول علـى كلية من متوفى دماغياً، ولكن الحصول على كلية من شخص حي سواء قريباً للمريض، أو غير قريب أفضل، وبعد إعداد المريض وكذلك المتبرع واسـتكمال جميع الأبحاث والفحوصـات يكون المريض جاهزاً لعملية الزراعة.

وعمليـة الزراعة تعتمد في تقنيتهـا على عمر الطفل فإذا كان الطفل رضـيعاً أكثر من 10كجم، أو طفل في النمو تتم عملية الزراعة، وذلك عن طريق زرع الكلى في تجويف البطن، أمـا إذا كان الطفـل وزنه أكثر مـن 30 كجم فتتم زراعة الكلى في الجزء الأسـفل من البطن ويتم إيصـال الأوعية الدموية بالكلى المزروعة، ويتم إيصـال الحالب إلى المثانة وبعد ذلك يتـم ملاحظـة المريض، وعزله في غرفة خاصـة ويبدأ العلاج الذي يمنـع طرد الكلى، وتتم ملاحظـة المريض عن طريق تقييم وظائف الكلـى وأملاح الدم، وكذلك العلامات الحيوية: من حرارة وضـغط، وكذلك قياس نسبة العلاج الذي يتناول لمنع طرد الكلى من الجسم، ثم بعد ذلك يتم خروج المريض من المستشفى إلى المنزل، وتتم مرحلة متابعة المريض بشكل منتظم لتقييم الحالة الصحية، ووظائف الكلى وكذلك أملاح الدم والنمو وتأثير العلاج الذي يمنع طرد الكلى، وقياس نسبته بالدم وقياس العلاجات الحيوية وخصوصاً ضغط الدم.

الفشل الكلوي عند الأطفال



تقسم أمراض الكلى عند الأطفال، كما هي الحال عند الكبار إلى قسمين رئيسين هما:

أ - الفشل الكلوي الحاد.

ب - الفشل الكلوي المزمن.

الفشل الكلوي الحاد:

يظهر الفشل بسرعة نتيجة أسباب عدة قد لا تكون للكلية علاقة بها، ومن حسن الحظ

أن هذه الأسباب معروفة يمكن في كثير من الأحيان الوقاية منها ومعالجتها.

أسباب الفشل الكلوي الحاد:

وتنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسة:

أسباب ما قبل الكلى:

وفي هذه الحالة تكون الكلية سليمة، ولكن يحدث الفشل الكلوي الحاد نتيجة قلة التروية الدموية الشديدة (نقص كمية الدم، أو البلازما، أو السوائل) ومن الأمثلة على ذلك، النزف الداخلي نتيجة الحوادث، أو بعد العمليات الجراحية، أو اعتلال في العوامل المحافظة على درجة متوسطة من تخثر الدم داخل الأوعية الدموية، أو النزف الخارجي بسبب الجروح، ولكن أهم هذه الأسباب عند الأطفال هو الجفاف الناتج عن القيئ، أو الإسهال الشديد، حيث تقل السوائل في الجسم Dehydration ومن ثم يقل ضغط الدم، مما يؤدي إلى حدوث الفشل الكلوي الحاد.

ومن أسبابه أيضاً الحروق الشديدة، حيث يفقد الطفل كمية كبيرة من البلازما وسوائل الجسم الأخرى.

أسباب ما بعد الكلى:

وفي هذه الحالة تكون الكلية سليمة، ولكن الإصابة ناتجة عن انسداد في مجرى البول (المثانة، أو الحالبين معاً، أو في الإحليلي) وهذا الانسداد ينتج عن تضييق، أو انسداد للمسالك البولية، والتي غالباً ما تكون عيوباً خلقية أثناء تكون الجنين في بطن أمه، أو وجود حصوة في المجاري البولية، وفي حالات نادرة تكون ناتجة عن وجود ورم يضغط على الحوالب وعلى منطقة حوض الكلية.

أسباب متعلقة بإصابة الكلى نفسها:

وفي هذه الحالة تتعرض الكلى إلى الالتهابات الشديدة، ومن ثم حدوث القصور الحاد في وظائفها، ومن الأسباب المؤدية إلى الالتهاب الشديد للكلى الأمور التالية:

1 - التهاب الكبيبات الحاد ويحدث نتيجة التهابات جرثومية معينة.

2 - نخر الأنابيب الكلوية الحاد الذي يحدث نتيجة قلة التروية الدموية للكلية وبالتالي قلة ضغط الدم داخل الأوعية الدموية الشعرية داخل الكلية، وهذا يؤدي بالتهابه إلى (موت)

نخر الأنابيب الكلوية.

3 - استخدام بعض الأدوية التي لها تأثيراً سمياً على الكلية مثل بعض المضادات الحيوية كالأمينوجلايكوسايد، وبعض مشتقات السلفا.

أيضاً بعض الأغذية الملوثة صناعياً بالزئبق، أو الرصاص كالسمك والمزروعات الملوثة بالأسمدة.

4 - انسداد في الشريان، أو الوريد الكلوي كحدوث جلطة وهي حالات نادرة جداً.

الأعراض والعلاجات:

يكون المريض في الغالب شاحب اللون بسبب فقر الدم، ويظهر عليه أعراض الأعباء والتعب والخمول. كما يظهر تورمات في الوجه والقدمين وحتى استسقاء كامل للجسم إذا صاحب الفشل الكلوي نقص في كمية البول، ويؤدي ذلك إلى ارتفاع ضغط الدم والذي يسمى: Oliguna ، أو توقف كامل في الحالات الشديدة America ويجب التفريق بين قلة أو توقف إفراز البول وبين انسداد مجرى البول، حيث تكون المثانة ممتلئة بالبول، ولكن المريض لا يستطيع إخراجه بسبب انحباس البول، وعندها يشكو المريض من آلام شديدة وتعسر في عملية التبول (يمكن علاجها بإدخال قسطرة في الحالات الحادة، أو إيجاد فتحة في المثانة في الحالات المزمنة).

ومن الأمراض أيضاً التسمم البولي Uremia وهي عبارة عن تجمع للبولينا Urea والمواد السامة من أملاح وأحماض زائدة، والتي من المفترض أن تعززها الكلى. وينتج عن ذلك ارتفاع الماء في الجسم وخاصة في الوجه والأطراف السفلى، وتجمع أملاح البوتاسيوم والفوسفات في الدم يؤدي إلى الشعور بالضعف والوهن، وأحياناً فقدان الوعي ونوبات صرع، وفي الحالات الشديدة يؤدي تراكم الأملاح إلى اعتلال في نبضات القلب وحتى توقفه.

تجمع السموم في الجسم وزيادة الحموضة تؤدي إلى التعب الشديد وضعف النمو في حالة استمرار عدم العلاج.

تشخيص الفشل الكلوي الحاد:

1 - الفحص السَّريري للمريض وضغط الدم وحالة التروية الدموية في جسمه ومعرفة

المؤشرات المصاحبة للمسببات كأعراض الجفاف، أو الالتهابات والتسمم.

2 - الفحص المخبري، حيث تؤخذ عينة من دم المريض لمعرفة نسبة البولينا ومادة الكرياتنين Creatinine والبوتاسيوم. كما تؤخذ عينة من البول لتحليلها ونشمل درجة التركيز والحموضة وعما إذا كان هناك نسبة من الدم، أو كرات الدم البيضاء، أو خلايا من أنسجة وأنابيب الكليه.

3 - فحص البطن بالسونار (جهاز الموجات الصوتية) Ultra sound للتعرف على أنسج الكلية واستثناء وجود انسداد فيها.

4 - معايرة الضغط الرشحي للبول، أو أزمولية البول Osmolality فإذا كان سبب القصور الكلوي ناتج من أسباب ما قبل الكلية تكون الأزمولية عالية.

5 - قد يلجأ الطبيب في بعض الحالات إلى أخذ خزعة (عينة) من أنسجة الكلية وهي عملية بسيطة ومفيدة جداً للتشخيص، ولا ينتج عنها مضاعفات إلَّا في حالات نادرة جداً.

لا ينصح بإجراء تصوير للجهاز البولي بالأشعة مع إعطاء الصبغة خوفاً من أن تسبب هذه الصبغة مزيداً من القصور والضعف في وظائف الكلى، ما عدا بعض أنواع الأشعة النووية التي غالباً ما تكون آمنة ومفيدة للتشخيص.

الوقاية من المرض:

إن الحالات التي يتم فيها معالجة الأسباب بصورة متكررة لا تدخل عادة إلى مرحلة القصور الكلوي الحاد، وللوقاية من ذلك. خاصة في حالات الجفاف لدى الأطفال أو النزف. هو إعطاء المحاليل الوريدية اللازمة والتي تحدد نوعها ونسب الأملاح فيها حسب الفحوصات المبدئية للحالة، وإذا كان سبب انخفاض التروية الدموية للكليه صدمة قلبية، أو التهابات جرثومية، أو سمية تستعمل بعض أدوية لرفع ضغط الدم ومحاليل دموية تعويضية كالدم أو البلازما، واستعمال المضادات الحيوية.

العلاج:

إن 60% - 70% من مرضى القصور الكلوي الحاد يمكن إنقاذهم وإعادتهم إلى حالتهم الطبيعية، وذلك يعتمد إلى حد كبير على سرعة التعامل مع هذه الحالات وعلاجها في الوقت

المناســب، حيث إنه ـ أي التأخير في العلاج ـ يؤدي إلى تلف أكثر في أنسجة الكلية التي عادة لا يتم تعويضها من قبل الجسم. فالمصابون بنخر في الأنابيب الكلوية، أو التهابات الكبيبات قد يتم شفاؤهم تماماً إذا تمت خطوات العلاج بدقة وبالسرعة المطلوبة.

تكون خطوات العلاج حسب الحالة، فمثلاً: مرضى حالات الفشل الكلوي الحاد يُعانون: من تجمع مفرط للسوائل في أجسامهم، أو جفاف ونقص حاد في سوائل الجسم.

فأولئــك الذيــن يُعانون زيادة في الســوائل يتم علاجهم بمواد وأدويــة تعمل على زيادة إفراز البول ويجب في هذه الحالة قياس كمية البول المفرزة، ولا يعطى المريض من السوائل إلّا ما يعادل كمية البول المفرزة بالإضافة إلى الكمية التي يفقدها عن طريق العرق، أو القيء والإسهال.

في حالات الجفاف يعطى الطفل كميات متوازنة من الســوائل مع إضافة بعض الأملاح حسب حاجة المريض، كما تعالج اضطرابات الأملاح وخاصة البوتاسيوم والفوسفات.

يتم اللجوء إلى عملية الغسيل الكلوي Dialysis في بعض الحالات ومنها:

1 - إذا لم تنفع الوسائل المبدئية للعلاج.

2 - الارتفاع الشديد في نسبة البوتاسيوم ولا يمكن معالجتها بالطرق التقليدية.

3 - الزيادة الشديدة في سوائل الجسم وتوقف أو ضعف في إفراز البول.

4 - الارتفاع الخطير في نسبة الحموضة.

56 ٪ من الأطفال البدناء ولدوا لآباء يعُانون من السمنة



على الآباء والأمهات المصابين بزيادة الوزن الحذر من الإسهام في نقل هذه المشكلة إلى أطفالهم، حيث إن لهؤلاء الآباء والأمهات دوراً في زيادة احتمال إصابة أبنائهم (أولاد وبنات) بزيادة الوزن والسمنة، حيث إن الدراسات تشير إلى أن أكثر من 65% من الأطفال أصحاب الوزن الزائد وُلدوا لآباء وأمهات يُعانون من هذه المشكلة نفسها، وقد تم استنتاج هذه المشكلة عن طريق دراسة ثم متابعة أكثر من 150 طفلاً منذ ولادتهم وحتى بلغوا سن التاسعة.

وتبيَّن أن الأطفال الذين وُلدوا لآباء يُعانون من زيادة الوزن هم الأكثر عرضة لزيادة



الـوزن، وقـد كان لتعامل الآباء مع غضـب أبنائهـم دور كبير في زيادة الـوزن عند الأطفال، وأعتقد أن هذا الأمر ناتج أن الآباء كانوا يتخلّصون من غضب الأطفال أو بكائهم، عن طريق تغذيتهم وإطعامهم ولإرضـائهم ومكافأتهم بالغذاء، وهذا التصرف في الواقع غير مطلوب، بل قد يؤدي إلى زيادة المشكلة، لذلك فإنه يجب على الوالدين، أو مَنْ يقوم برعايتهم التأكد



من سبب الغضب، أو البكاء وعدم تفسير هذا البكاء بأنه جوع، أو رغبة للطعام، وكذلك عدم إعطاء الأبناء الطعام دون أن يطلبوه؛ لأن ذلك سـوف يساهم بزيادة الوزن، وهذا التصرف سـوف يجعل الطفل يربط المزاج والغضـب والفرح بالطعام، مما يجعله يغضب بسبب عدم توفّر الطعام، والذي له دور كبير في الإصابة بالسمنة وزيادة الوزن.

لذلـك يجب علينا أن نبعد ربط الطعام بالسـعادة وبالغضـب، بل يجـب توفير الطعام سواء كان الحليب، أو الطعام العادي للأطفال عند رغبتهم لذلك، وليس كلما بكى، أو غضب، أو تَغَيّر مزاجه، فقد يكون سبب هذا البكاء أو الغضب ناتج عن أسباب أخرى يمكن حلها دون أن نلجأ للطعام.

النوم والوزن:

قد يلعب النوم دوراً في حدوث زيادة الوزن عند الأطفال، حيث أشارت الدراسة إلى أن الأطفـال الذيـن يُعانون من زيادة الوزن ينامون نحو 30 دقيقـة أقل من غيرهم، ويرجع ذلك إلى أن الأطفال ينامون لأنهم يبذلون جهداً كبيراً خلال اليوم، فإذا لم يناموا بالشكل والوقت

المناســب، فإن ذلك يوضــح أنهم لم يبذلوا مجهوداً لأنهم غير متعبين، من ذلك يتضــح أن للرياضــة دوراً جيداً في الحد من زيادة الوزن عند الأطفال، فإذا بذل الطفل مجهوداً خلال اليوم سواء في المدرسة، أو في البيت، أو في مكان اللعب، فإن ذلك سوف يجعله ينام بشكل جيد، وكذلك يجعله يحرق كميات جيدة من الدهون والسعرات الحرارية، وبالتالي يحد ذلك من إصاباته بزيادة الوزن.

الرضاعة الطبيعية:

على الأم التي ترغب في أن تكون صــحة ابنها جيدة وتبعد احتمالية إصــابته بالســمنة، الحرص على الرضــاعة الطبيعية، فقد وُجِد أن للرضــاعة الطبيعية دوراً كبيراً في الحد من الســمنة عنــد الأطفال؛ لأن ذلك يرجع إلى توازن الحليب القــادم من ثدي الأم، وعدم زيادة العناصــر التي تسـبب زيادة الوزن، وكذلك يجب توضــيح أن للرياضــة الطبيعية دوراً فعالاً في صــحة المرأة وســلامتها، وتســاهم في حرق الدهون لديها التي تجمعهــا خلال الحمل، كما أن للرضــاعة دوراً في الحد من إصابتها بســرطان الثدي. فالفائدة مشتركة بين الطفل والأم خلال الرضاعة الطبيعية، كما أن للرضاعة الطبيعية دوراً كبيراً في العديد من الفوائد الصحية للطفل.

مخاوف الآباء:

قــد يكون كذلك أن لمخاوف الآباء والأمهات، وعدم وَعْيهم بالســلوك الجيد وبالعادات الغذائية السليمة والصحية دوراً كبيراً في تعلم الأبناء عادات الأكل غير الصحية، لذلك فإن لوعــي الأمهات بِنَوْعية وكميّــة وطرق طبخ الطعام دوراً في زيادة الــوزن وعدم الاعتماد على الخــدم والمربيات، واللاتي لا يعرفن أي أساســيات للتغذية الســليمة، لذلك فإن مراقبة ما يأكل الطفل وكمية وطرق تحضــيره أمرٌ مهم، وعدم الاعتماد على الخدم والمربيات له تأثير جيد في الحد من تفاقم مشــكلة زيادة الوزن والسمنة، والاعتماد على الغير في تغذية الأبناء له آثار سيئة على صحة الطفل بشكل عام، وعلى زيادة الوزن بشكل خاص.

سمنة الأطفال والواقع المؤلم



أطفالنــا فلذات أكبادنا وشــرايين قلوبنا، وصــغارنا اليوم وشــبابنا غــداً، من الأهمية إعدادهم صــحياً لتكملة مســيرة الوطــن عملياً وبمجالات متعــددة، وتأهيلهــم بدنياً وعقلياً لتحمل صــعاب المســتقبل، ورغم ما تبث به إلينا عَوْلمة التقارب الذي لم يقتصر على الفكر ولا الثقافــة فقــط بل حتى على عاداتنا وســلوكنا في تناول طعامنا، متزامناً ذلك مع ضــعف البرامــج الوقائية، أجــد أنه من المهم إبراز المخاطر المحيطة بهم والإشــارة إليها بإلحاح متكرر.

من الغريب أن تتوقع مستقبلاً رؤية طفل ينتظر إجراء تحاليل طبية مثل: تحليل مستوى كوليســترول الدم، أو الدهون الثلاثية، وهذا ما يتفق عليه غالبية الممارسين للدور الصحي،



ولكن ما ورد في صحيفة CHILDRENS HEALTH المتخصصة في صحة الأطفال عكس ذلك، حيث تقول: «مبدأ معرفة مستوى الكوليسترول في دمك شيء معتاد عليه، ولكن من الأهمية معرفة مستوى الكوليسترول في دم أطفالك خاصة عندما يكون للعائلة تاريخ في ارتفاع مستوى كوليسترول الدم تحت سن 55 سنة، مع وجود عوامل أخرى كالسمنة وقلة ممارسة النشاط البدني».

ولأني من المطّلعين والمقربين من الإحصائيات والدراسات ذات الأرقام المخيفة في الحديث عن معدلات انتشار السمنة في المجتمع السعودي، وبروزها بشكل واضح في مجتمع الأطفال، لاحظ عدد المُصاب منهم بالسمنة، وأنت خارج من البيت شاهد أعداد صغار السن في مطاعم الوجبات السريعة، حتى وأنت في الصباح الباكر ليس من المستغرب أن ترى علب المشروبات الغازية في أياديهم، وهذا مؤشر مخيف على تفشي هذه المشكلة في وسط مجتمع الأطفال لدينا، وإنذار مبكر لأخذ الاحتياطات الاقتصادية والطبية لمواجهة زيادة أمراض القلب والسكر والضغط وسلسلة الأمراض الأخرى في الزمن القادم، وما يجعل الأمر أكثر رهبة تأكيد نتائج عدة دراسات طبية على انتشار المشاكل النفسية عند

بعض المصابين بالسمنة أكثر من الضعيفين بالمقارنة مع الأطفال ذوي الأوزان الطبيعية!

والحلول المفروض العمل بها تتمثل في تعزيز دور ثلاث ركائز أساسية في انتشار هذه المشكلة، وهي: الأسرة، والجهات الحكومية متمثلة في القطاع الصحي والتعليمي، بالإضافة إلى مشاركة القطاع الخاص في إيجاد الحلول المناسبة، والعمل على نشر الوعي الغذائي والتغذوي السليم لدى المجتمع لينعكس ذلك على تحسن الصحة العامة للأطفال، وزرع العادات الغذائية الجيدة لديهم، وهذا للأسف أساس المشكلة التي لا زلنا غير قادرين على العمل به، بسبب ضعف برامج التوعية الصحية وإهمال مبدأ الوقاية وهذا ما تتحمله قطاعات حكومية متعددة، وعدم مساهمة، أو تعاون القطاع التعليمي مع القطاع الصحي لإبراز هذه المشكلة الصحية وإيجاد الحلول الواقعية لها.« CHILDRENS HEALTH ».

إن الحلول تكمن في تغيير عادات الطفل إلى استهلاك أطعمة تحتوي على نسب عالية من حبوب كاملة وخضروات وفواكه وزيادة النشاط البدني، واستشارة أخصائي في التغذية، ولكني أرى بالإضافة إلى هذا الحل الذي يعتمد على أسلوب علمي أن المسؤولية تقع على بيئة الطفل، والتي تمثلها الأسرة والمؤسسات الحكومية، وأنها لا بد وأن تمارس دوراً توعوياً وتثقيفياً يجعل الطفل يعرف ما هو غذاؤه، وكيف له أن يختاره بالشكل الصحي السليم، وأن تمارس المصانع الغذائية خطة إستراتيجية تعتمد على مبدأ المساهمة في نشر الوعي الغذائي، وتقليل تأثيرها الإعلامي على استهلاك أغذية غير صحيّة، والعمل على إنتاج أغذية أكثر صحية، يطول الحديث عن هذا الموضوع، وذلك لتداخل القضية بجوانب عديدة، تطرقت للقليل منها والمؤثر الأقوى بانتشارها، ويبقى أن ننتظر ولادة الحلول والبرامج الصحية.

سمنة في الصغر .. خطر في الكبر



من خلال تجربتي في علاج السـمنة خلال السنوات العشر الماضية اتضح لي أن نسبة البدانة، أو السمنة عند أفراد المجتمع في تزايد، وخاصة عند الأطفال وللأسف الشديد أن السـمنة الناتجة منذ الطفولة تؤدي بالأشخاص إلى التعب والمعاناة في إنقاص أوزانهم عند الكبـر، وهذا النوع من السـمنة يتم فيه انقسـام للخلايا الدهنية وتزايـد في حجمها، وليس فقط تزايداً في كمية الدهون.

لذلـك، فإنـه يجب علـى الوالديـن الحرص على عدم حـدوث زيادة الوزن خاصـة في السـنتين الأوليين. وخصوصـاً أن الأبحاث العلمية والدراسـات في هذا المجال، تشـير إلى

أن الأطفال الذين تكون تغذيتهم غير سليمة، ويتبعون أسلوباً يساهم في زيادة الوزن في أول شهر من العمر يكونون في الواقع أكثر عرضة لزيادة أوزانهم بعد البلوغ، وعموماً يجب المعرفة أن الأسابيع الأولى من عمر الطفل تعتبر مرحلة مهمة في تحديد حدوث الأمراض المختلفة، ومن ضمنها السمنة.

لذلك يجب الحذر في هذه الفترة، ومن أهم العوامل المهمة للحد من حدوث زيادة الوزن بعد البلوغ هو الحرص على الرضاعة الطبيعية، حيث لوحظ أن الرضاعة الطبيعية، وخاصة في الأشهر الستة الأولى تساهم في تنظيم التوازن الداخلي في عملية الأيض، وبالتالي تحد من الإصابة بالسمنة وزيادة الوزن، وأحب أن أوضح أن هناك العديد من الفوائد الصحية للحد من الإصابة بالسمنة عند الأطفال في حياتهم القادمة، حيث إن زيادة السمنة عند الأطفال تساهم بشكل كبير في زيادة احتمالية الإصابة بأمراض القلب، والأوعية الدموية عند الكبار، وكذلك ارتباطه بالإصابة بداء السكري مع حدوث السمنة عند الأطفال، حيث إن الطفل البدين خلال طفولته، وخاصة بعد الولادة وخلال الشهور الأولى، يكون عرضة للإصابة بداء السكري، وخاصة إذا استمرت السمنة من دون علاج، أو كان هناك زيادة في العوامل المصاحبة لذلك، مثل: قلة الحركة، وزيادة في تناول الطعام بشكل كبير، ولوحظ كذلك من خلال الأبحاث العلمية أن الأطفال المصابين بزيادة في الوزن «السمنة» يكونون أكثر إصابة بمشاكل النوم مقارنة بالأطفال أصحاب البنية الجيدة والعادية.

ومن المشاكل التي تصاحب زيادة الوزن والسمنة عند الأطفال: حدوث اختناق أثناء النوم والشخير، كما أن الطفل يُعاني من نوم متقطع، وهذا قد يكون ناتج عن انسداد مجرى الهواء.

مما سبق تتضح أهمية الوقاية للحد من زيادة الوزن عند الأطفال، وخاصة في الفترات الأولى من العمر، ومن أهم الطرق التي تساهم في ذلك هو الرضاعة الطبيعية، وخصوصاً في الأشهر الستة الأولى للحد من تراكم الدهون وزيادتها عند الأطفال، كذلك لا بد من الحرص على توفير الفرصة المناسبة للأطفال بالحركة والرياضة؛ لأنها تلعب دوراً جيداً في الحد منها والوقاية.

مضاعفات السمنة تهدد حياة الأطفال



السمنة عند الأطفال هي زيادة الوزن أكثر من المعدل الطبيعي، وتعتبر السمنة أكثر انتشاراً في الدول المتقدمة، خاصة مع رغد العيش وتوفر عوامل الرفاهية والتكنولوجيا الحديثة، وسبل المواصلات المختلفة، وكذلك الحال في مجتمعنا العربي، حيث يصاحب ذلك قلة الحركة والرياضة؛ لأن أغلب الأطفال يقضون جل وقتهم في مشاهدة برامج التلفزيون، أو الألعاب الإلكترونية.

الدكتور طلال المغامسي استشاري طب الأطفال وأمراض الصدر، بمستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث بجدة، يوضح لـ«الشرق الأوسط»: أن الدراسات أثبتت أن معدل السمنة عند الكبار يبلغ حوالي 34 % في الولايات المتحدة الأميركية وكذلك الحال في

الأطفال، كما أثبتت الدراسات أن وجود السمنة في عمر معين للأطفال لها عوامل مؤثرة على وجودها في الكبار. فمثلاً إذا كان الطفل في عمر 6 سنوات يُعاني من مضاعفات السمنة، فإنه سوف يُعاني من هذا المرض ومضاعفاته عندما يكبر بنسبة 25% وهذه النسبة ترتفع إلى 75% إذا كان يُعاني منها في سن 12 سنة.

وتبين أيضاً أن هناك عوامل وراثية، حيث وجد أن للسمنة جيناً معيناً يمكن أن ينتقل من الآباء إلى الأبناء، فإذا كان كلا الوالدين يعانيان من السمنة، فإن 75 % من أبنائهم سوف يكونون عرضة لهذا الداء، أما إذا كان أحدهما فقط يُعاني من ذلك، فإن الخطورة تقل إلى نسبة 50%.

مضاعفات السمنة

تعتبر السمنة انحرافاً في النمو الطبيعي ووجودها يكون مصاحباً لكثير من الأمراض التي تهدد حياة الطفل ومنها:

. المشكلات النفسية ، مثل: الاكتئاب، وعدم الثقة بالنفس من العوامل التي تؤثر سلباً على وزن الطفل، وقد أثبتت الدراسات أن 10% من الأطفال الزائدي الوزن يُعانون في الأساس من الاكتئاب.

. ضيق التنفس : إذ تؤثر زيادة الوزن والشحوم على عملية التنفس، مما يؤدي إلى توقف التنفس أثناء النوم، وفي نهاية المطاف تؤدي إلى فشل وتعطل الجهاز التنفسي.

- تأثير السمنة على العظم : إن زيادة الوزن لها تأثير كبير وضار جداً على العظام الحاملة للجسم كالفخذ والساق.

. الكوليسترول : إن ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم له تأثير كبير كذلك، وأيضاً مرض السكري.

. أمراض الكبد : أمراض الكبد كذلك لها تأثيرها كاستسقاء عصارة الكبد والتي تؤدي في النهاية إلى التهاب الكبد.

- امراض القلب ، فأمراض القلب الشائعة مثل زيادة ضغط الدم وتصلب الشرايين ناتجة عن السمنة، وأكثر هذه الأعراض تكون في الكبار دون الصغار.



العلاج

هنـاك طـرق عديدة للعـلاج، مثل: الحميـة، الرياضـة، وتغيير السـلوك الغذائي عند الأطفال، ويكون الهدف الأساسي لهذا العلاج هو إنقاص الوزن ببطء والحفاظ على النمو مع عدم الزيادة في الوزن، وهو يتم عادة عن طريق تغير نظام التغذية وسـلوك الأكل، ومشاركة الأهل في العلاج وإعطائهم النصـح الدائم ومحاولة تَجْنيبهم السمنة مرة أخرى، فالأطفال يحتاجـون إلى فحصـ طبي قبل بداية العـلاج للتأكد من عدم وجود أمراض أخرى مسـببة للسمنة كأمراض الغدد الصماء، وكذلك لمعرفة ما إذا كان لديهم أيٌّ من مضاعفات السمنة السـابق ذكرها. والأطفال الذين يُعانون من السـمنة البسيطة عادة يكون زيادة الوزن لديهم مصاحباً لزيادة الطول.

الحمية تكون عن طريق تقليل السعرات الحرارية، مع الحفاظ على غذاء متوازن يحتوي علـى البروتينات اللازمة والفيتامينات، والحمية لا بد أن تكون مصـاحبة لبرنامج رياضـي صـحي لأي نوع من أنواع الرياضـة المحببة للطفل، وتكون البداية بسيطة ولمدة قصيرة ثم تزداد تدريجياً حسـب قدرة الطفل. ويعد العلاج السـلوكي للطفل مهم جداً ويتم ذلك بعدة

طرق، نذكر منها:

أولاً : مراقبة الطفل أثناء الأكل لتقييم عادة الأكل لديه.

ثانياً : الحذر من كمية الأكل ومراعاة نوعيته.

ثالثاً : تعريف الطفل وتوضيح الفرق له بين الجوع وزيادة الشهية للأكل، حيث إن هؤلاء الأطفال لم يشعروا بالجوع، أو الشبع لذلك فهم لا يتحكمون في شهيتهم للأكل.

رابعاً : محاولة تغيير سـلوك الطفل وتوجيهه إلى الأفضـل دائماً، فعلى سبيل المثال إن كانت شـهيته زائدة عن الحد المعقول نقوم بشغله بأي شيء آخر، مثل: الرياضة، أو الألعاب المفيدة التي تساعد على تغيير سلوك الأكل المفرطة المؤدية إلى السمنة.

خامساً : زراعة الثقة في نفس الطفل بتوجيه تفكيره واهتمامه إلى الأشياء المفيدة.

علّم طفلك السمين ممارسة العادات الغذائية الصحية



جمعية طب الأطفال السعوديين و«وايت نيوتريشن» تُطوران برنامجاً للغذاء المناسب لنمو الأطفال.

حول مشكلة السمنة المنتشرة بين الأطفال، ينصح خبير علوم التغذية ومدير المركز العربي للتغذية بمملكة البحرين د. «عبد الرحمن عبيد مصيقر»، بأنه كلما بدأ تعليم الأطفال العادات الصحية مبكراً ساعد ذلك في اكتساب هذه العادات وتأصلها، لذا على الأسرة غرس العادات الغذائية الصحية عند أطفالها، وذلك بمراعاة الجوانب التالية:

. مناقشة الطفل بخصوص زيادة الوزن، وذلك لإعطائه فرصة للمشاركة فيما يشعر به. يجب ألا يكون توجه العائلة لتحسين العادات الغذائية للطفل الزائد الوزن مفاجئاً، ولكن تدريجياً، كما يجب أن تكون العائلة بأكملها تمارس العادات الغذائية الصحية، فمشاركة أفراد الأسرة في تطبيق العادات الغذائية الجيدة، تشعر الطفل بأنه لا يختلف عن الآخرين، وتشعره بالارتياح النفسي.

. محاولة التقليل من الوقت الذي تقضيه العائلة في مشاهدة التلفزيون، أو الجلوس أمام الكومبيوتر، ويمكن أن تخصص العائلة يوماً في الأسبوع للمشي في الليل، أو المغرب، بدلاً من الجلوس أمام التلفزيون، ويجب مراعاة ظروف الطفل السمين من خلال نوع النشاط الرياضي الذي تمارسه العائلة، أي اختيار الأنشطة التي يستمتع بها الطفل ويستطيع تطبيقها. يجب أن يكون الوالدان نشيطين، وأن يشجعا العائلة على ممارسة النشاط البدني، فمثلاً بدلاً من استخدام المصعد يمكن للوالدين استخدام السلم، ويفضل تشجيع الطفل على المشي والحركة أثناء الفسحة في المدرسة، أو الحضانة. التعرف على الاحتياجات الغذائية للطفل، حسب عمره وجنسه من خلال الكتب، أو أخصائي التغذية.

. تشجيع الأطفال على اختيار الغذاء المناسب، أو الذي يحبونه بدون أي ضغط من الأبوين.

. عدم فرض قائمة حمية غذائية (ريجيم) صارمة ومحددة على الطفل السمين. تحديد نوع الأطعمة واستبعاد أخرى قد يؤثر على نمو الأطفال، والأفضل عدم حرمان الطفل من العديد من الأطعمة، بل التقليل من تناولها، ومن المهم التقليل من الأطعمة ذات القيمة الغذائية المنخفضة قدر الإمكان، مثل: المشروبات الغازية، والحلويات، والشيبس وغيرها.

. توفير أنواع مختلفة من الأطعمة في المنزل لإعطاء خيارات عديدة لطفلك في تناول الأطعمة.

يجب أن تكون غالبية الأطعمة من الحبوب ومنتجاتها، يلي ذلك الفواكه والخضراوات

ثم اللحوم والألبان.

. ألا نمنع الدهون في الطعام، خاصة عند الأطفال الأقل من سنتين، ويمكن تقليل الكمية المتناولة من الأطعمة الدسمة قدر الإمكان عند الأطفال الأكبر عمراً.